**“Transtorno de Estresse Pós – Traumático Pós –
Parto e
Depressão Pós – Parto:
Prevalência e Fatores Associados em Puérperas do
Setor Público e Privado da zona leste de São Paulo.”**

Daniela de Almeida Andretto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora: Prof^ª. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz

São Paulo

2010

“De onde eu vim...e para onde vou continuar...”

Agradecimentos

À minha orientadora Simone Diniz, querida, que, através do seu entusiasmo e inquietação fascinante, despertou em mim assuntos adormecidos

Ao Professor Claudio, meu agradecimento pelo apoio, orientação e disponibilidade ímpar

Ao Professor Alexandre Faisal-Cury, meu reconhecimento e agradecimento pelo incentivo e preciosas contribuições em minhas pesquisas

À Professora Nádia Zanon, que possibilitou a excelente parceria da EACH-USP Leste através da aluna Glauce CF Soares, do Curso de Obstetrícia.

À Glauce CF Soares, pela parceria dedicada, contínua, e companheirismo em toda a pesquisa.

À Lia Mota, pela Coordenação do Campo, que se tornou meus braços e pernas

Debora Habiba, por sua motivação

Às colaboradoras Karian S Barbosa, Bruna Alves, e Bianca Zorzan pelas coletas infundáveis e contribuição para o meu aprendizado enquanto pesquisadora

À Diane por transformar tanta informação em dados preciosos

À Claudinha Barros e Carlos Tavares pela paciência e precisão nos dados analisados

À Iara e Leandro do Departamento Materno Infantil da FSP-USP, meu apoio fiel

Aos membros da Maternidade do Hospital Santa Angelina, pelas portas abertas, e aos membros da Diretoria e Marketing, pela confiabilidade e apoio

À Laura Mattar e Marília Reiter pela revisões linguísticas

À amigos e familiares que dividiram comigo tempos preciosos

À pacientes a quem devo todo meu respeito, admiração, e objetivo deste trabalho.

Ao apoio incansável dos meus pais

Resumo

Introdução: Após vivenciarem situações de forte impacto emocional, sentidas como aterrorizantes e traumatizantes, e com sua integridade física e/ou emocional ameaçada ou abalada, algumas pessoas acabam por desenvolver o chamado Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), inclusive mulheres após o parto – aspecto freqüentemente negligenciado.

Resumo: Objetivo: Estimar a prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático Pós-Parto (TEPT PP) e da Depressão Pós-Parto em uma amostra de puérperas usuárias do setor público e privado da zona leste de São Paulo Paulo.

Métodos: Estudo de corte transversal com 135 mulheres entrevistadas em maternidade do Hospital Santa Angelina no puerpério imediato (até 72 horas do parto) e a partir da 6 semana da data do parto. Foram utilizados: Questionário sobre dados sócio-demográficos, antecedentes obstétrico e dados sobre pré-natal, Questionário sobre Experiência do parto (pré-parto, parto e pós-parto), Escala PCL-C *Post-Traumatic StressDisorder Checklist - Civilian Version* de BERGER et al (2004) para rastreamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (instrumento adaptado à experiência de parto pela pesquisadora, denominado como TEPT Pós-parto- TEPT PP) e Escala de Edimburgo (EPDS) validada no Brasil por SANTOS et al (1995) para o rastreamento da Depressão Pós-Parto (DPP). As variáveis foram descritas por meio medidas de tendência central, dispersão, freqüências e proporções. As diferenças entre serviço público e privado foram analisadas por meio de testes de diferenças entre proporções (qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher quando o qui-quadrado for inadequado) com nível de significância de 5%.

Resultados: a prevalência de TEPT PP foi de (10,04%). Na análise univariada foram significantes as variáveis: “a equipe não se preocupar com seu bem-estar”, “não sentir confiança na equipe”, “fazer exame de toques repetidos”, “bolsa ser rompida artificialmente”, “não ser informada dos procedimentos”, “não ser cutucada na sala de parto” “não sentir dor”, “fazer cesária” e “o bebê não ir para o quarto após o nascimento”, não sendo associada apenas “medo em relação ao bebê”. Observamos que ter sentido vergonha e o bebê não ter ido para o quarto após o parto aumentou o risco em desenvolver estresse pós-traumático (PCL-C). O medo em relação ao bebê

continuou sem associação, mas foi mantido para ajuste. Idade gestacional (atual) perdeu associação, mas também foi mantida para ajuste.

A prevalência de DPP foi de (17,0%). Na análise univariada as foram associadas com depressão as variáveis: “sentir insegurança no atendimento”, “não sentir confiança na equipe”, “sentir medo em algum momento” “ ficar abalada” , “não ser informada dos procedimentos”, “fazer cesária”, “idade gestacional “a termo” ”, “não ficar satisfeita com o repouso no hospital”, “ser usuária do setor privado”, e “não ter tido filho prematuro” foram associadas com depressão. Na múltipla, observamos que “não sentir segurança”, “falaram algo que a deixou abalada” e “ter tido filho prematuro (gestação prévia)” aumentou o risco em desenvolver a depressão pós-parto.

Conclusão: a capacidade de cada mulher lidar com situações especiais de grande impacto físico e emocional, como seu parto, assim como a relação que estabelece com a equipe cuidadora, e a atenção aos aspectos emocionais do modelo de assistência no processo de parturição são fatores associados com o TEPT PP e a DPP.

Descritores: Transtorno de Estresse Pós-Traumático; Depressão Pós-Parto, Parto; Transtornos do Puerpério; Saúde da Mulher

Abstract

Introduction: After going through situations with strong emotional impact, felt as terrifying and traumatizing, and with their physical and/or emotional integrity threatened, some people actually develop the disorder called Post-Traumatic Stress Disorder including women after childbirth – a point often overlooked.

Objective: to estimate the prevalence and factors associated with post-traumatic stress disorder postpartum (PTSD PP) and postpartum depression in a sample of puerperal's users of the public and private sector of the São Paulo's East Zone.

Methods: Cross-Section Study with 135 women interviewed in Santa Angelina Hospital's Maternity in immediately postpartum (up to 72 hours after birth) and from the 6th week after childbirth. Were used: questionnaire on socio-demographic data, obstetrics antecedents and data about prenatal. Questionnaire about pre-partum, labor and delivery, Scale PCL-C Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version of BERGER et al. (2004) for tracing of Post-Traumatic Stress Disorder (instrument adapted to the experience of childbirth by researcher, named as postpartum PTSD-PTSD PP) and Edinburgh's Scale (EPDS) validated in Brazil by Santos et al. (1999) for the tracing of Postpartum Depression (DPP). The variables are described through measures of central tendency, dispersion, frequencies and proportions. Differences between private and public service have been analysed by tests of differences between proportions (Chi-square of Pearson or exact of Fisher when the qui-squared is inappropriate) with significance level of 5%.

Results: the prevalence of PTSD PP was 14 (10.04%). In the univariate analysis the following variables were significant: "the woman felt that the team did care about their well-being", "not feeling confidence in the team", "too many internal exams", "artificially rupture of membranes", "not be informed about procedures", "don't feel pain", "make cesarean " and "baby don't go to the room after birth", not being associated with just "fear of the baby". We have noticed that have been felt shame and the baby does not have gone to the room after childbirth increased the risk to develop Post-Traumatic Stress (PCL-C). The fear of the baby continued without the

association, but it was kept for adjustment. Gestational Age (current) lost the association, however it was also maintained for adjustment.

The prevalence of DPP was 23 (17.0%). In the univariate analysis, all variables were associated with depression: "experience insecurity in care", "not feel confidence in the team", "fell fear sometime" "don't get threatened", "not being informed of the procedures", "having a cesarean", "term gestational age", "not satisfied with the rest at the hospital", "be user of private sector", and "have had a preterm child" were associated with depression. In the multiple analysis, we noticed that "not feeling safe", "someone said something that left threatened" and "have had premature child (prior gestation)" increased the risk of developing Postpartum Depression.

Conclusion: the capacity of each woman to deal with special situations, situations of big physical and emotional impact, like her childbirth, as soon as the relation that she establishes with the care team, and the model care's ability to deal with the emotional aspects of the childbirth process are factors associated with both PTSD PP and DPD.

Descriptors: Post-Traumatic Stress Disorder; Postpartum depression; Childbirth; Puerperal disorders; woman's Health

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....	15
1.2	ASPECTOS PSÍQUICOS DO PUERPÉRIO.....	24
1.3	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.....	26
1.4	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO PÓS-PARTO.....	29
1.5	DEPRESSÃO PÓS-PARTO E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.....	34
1.6	INSTRUMENTOS PARA AVALIAR O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	37
1.6.1	Escalas de Avaliação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático.....	37
1.6.2	Escalas de Avaliação da Depressão Pós-Parto.....	41
1.7	GÊNERO E SAÚDE MATERNA.....	43
1.7.1	Vieses de gênero na comunicação durante a assistência ao parto: “minimização dos termos” e do “sofrimento”	45
1.8	HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA BASEADA EM EVIDÊNCIA E O BEM-ESTAR MATERNO NO PARTO E PÓS-PARTO.....	47
2	OBJETIVOS	50
2.1	OBJETIVO GERAL.....	50
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	50
3	METODOLOGIA	51
3.1	DESENHO.....	51
3.2	CAMPO.....	52
3.2.1.	A maternidade do Hospital Santa Angelina.....	53
3.3.	PARTICIPANTES DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	55
3.4.	CÁLCULO DA AMOSTRA.....	55
3.4.1	Amostra considerada para este estudo	56
3.5	INSTRUMENTOS	57
3.5.1	Questionários	57

3.5.2	Escalas para Avaliar o Transtorno de Estresse	
Pós-Traumático e Depressão Pós-Parto.....		60
3.5.2.1	Escala Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist - Civilan Version (PCL-C).....	60
3.5.2.2	Escala de Edimburgo (EDPS).....	61
3.6	PROCEDIMENTOS.....	62
3.6.1	Aplicação dos instrumentos.....	63
3.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA E TRATAMENTO DOS DADOS	64
3.8	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	67
4	RESULTADOS.....	69
4.1	CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA.....	69
4.2	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E DADOS DE PRÉ- NATAL.....	72
4.3	DADOS SOBRE EXPERIÊNCIA DE PARTO (PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO).....	81
4.4	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO PÓS- PARTO SEGUNDO A ESCALA PCL-C.....	81
	DEPRESSÃO PÓS-PARTO SEGUNDO A EPDS.....	91
5	DISCUSSÃO.....	101
5.1	INÍCIO DO CAMPO.....	102
5.2	DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS.....	102
5.3	DADOS SOBRE ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E DADOS DO PRÉ-NATAL.....	103
5.4	SOBRE O PROCESSO DA PARTURIÇÃO.....	104
5.5	SOBRE A PREVALÊNCIA DO TEPT PP E A DPP, E FATORES ASSOCIADOS.....	106
6	CONCLUSÃO.....	113
7	REFERÊNCIAS.....	
	ANEXOS.....	
	Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).....	122
	Anexo 2- Questionário sobre dados sócio-demográficos, dados sobre antecedentes obstétricos, e dados sobre pré-natal.....	124
	Anexo 3- Questionário sobre Experiência de Parto.....	129
	Anexo 4-Escala PCL-C- (<i>Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilan Version</i>).....	148
	Anexo 5- Escala de Edimburgo (EPDS).....	150
	Anexo 6- DSM-IV - Transtorno de estresse pós-traumático.....	153
	Anexo 7- CID 10 - Transtorno de estresse pós-traumático.....	153

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Histórico das Entrevistas e Tabulação no Banco de Dados	57
Tabela 2.	Histórico das Entrevistas em relação a Tabulação no Banco de Dados e relação de perdas e recusa na participação da entrevista a partir da 6ª. semana da data do parto.....	58
Tabela 3.	Características Sócio-Demográficas das puérperas do Hopsital Santa Angelina segundo o tipo de atendimento.....	70
Tabela 4	Características relacionadas aos antecedentes obstétricos das puérperas do Hospital Santa Angelina e dados do pré-natal segundo o setor público e privado. São Paulo. 2010.....	73
Tabela 5.	Frequências e proporções das características sociodemográficas e o tipo de serviço segundo a participação das mulheres na entrevista realizada a partir da 6ª. Semana da data do parto.....	79
Tabela 6.	Frequências e proporções total e segundo a ocorrência do transtorno de estresse pós-traumático das variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher e ao modelo de assistência.....	82
Tabela 7.	Análise de componente principal das variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher.....	88
Tabela 8.	Análise de componente principal das variáveis relativas ao modelo de assistência.....	88
Tabela 9.	<i>Razão de prevalência bruta e ajustada</i> dos componentes relativas aos sentimentos referidos pela mulher e ao modelo de assistência.....	89
Tabela 10.	<i>Razão de prevalência bruta e ajustada</i> das variáveis relativas aos componentes com $p < 0,05$ no modelo anterior.....	91
Tabela 11.	Frequências e proporções total e segundo a ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático das variáveis relativas aos sentimentos referido pela mulher e ao modelo de assistência.....	92
Tabela 12.	Análise de componente principal das variáveis relativas ao sentimento referido pela mulher.....	97
Tabela 13	Análise de componente principal das variáveis relativas ao do modelo de assistência.....	98
Tabela 14.	<i>Razão de prevalência bruta e ajustada</i> dos componentes relativas aos sentimentos referidos pela mulher e ao modelo de assistência.....	99
Tabela 15.	<i>Razão de prevalência bruta e ajustada</i> das variáveis relativas aos componentes com $p < 0,05$ no modelo anterior.....	100

Apresentação: interesse pelo tema Transtorno de Estresse Pós-Traumático Pós-Parto

A curiosidade pela Saúde Pública, pelo emaranhado da mente humana e fascínio pelo gestar, parir e nascer, provocou em mim o interesse em atuar como psicóloga hospitalar em maternidades em São Paulo.

Durante algum tempo trabalhando em hospitais-maternidades, participei de projetos ligados a “humanização de atendimento” (o que o próprio nome já me causava certa estranheza), entre eles o Método Canguru e a IHAC- Iniciativa Hospital Amigo da Criança – projetos estes que priorizam a atenção “humanizada”, o bem-estar e individual do bebê, tendo a mãe sempre em segundo plano.

Como parte do acompanhamento à estas mães inseridas nestes projetos, tive a oportunidade de assistir a alguns partos, na qualidade de psicóloga, mas exercendo em sua maioria uma postura de apoio. Apesar deste hospital em que trabalhava, estar engajado em uma política de “parto humanizado”, e dispor de centro de partos normais, presenciei momentos de angústia e de desespero de algumas mães e famílias durante o trabalho de parto, parto, nascimento e pós-parto que ficaram na minha memória, provocando uma constante inquietação e indagação: de que maneira os sentimentos e percepções vividas no trabalho de parto, parto, nascimento interferem no desenvolvimento de transtornos do período pós-parto nestas mulheres?

Discutindo casos, condutas, e a assistência à parturientes, com colegas profissionais durante meu mestrado na Faculdade de Saúde Pública, na disciplina Saúde Materno-

Infantil Baseada em Evidência, foi que tive conhecimento e pude melhor compreender os comportamentos de algumas destas puérperas quando acompanhavam seus bebês em Unidades Neonatais, ou mesmo em consultas de puerpérios naquele hospital: comportamentos de esquiva, entorpecimento emocional, recusa em falar do parto ou de qualquer coisa que pudesse fazê-las lembrar desta experiência.

Aparentemente, este comportamento das puérperas poderia ser considerado “normal”, “corriqueiro” de uma mulher “cansada” no pós-parto. Porém a realidade se mostra muito mais dura. São mulheres, que no seu processo de parturição, vivenciaram sensações de terror, impotência, insegurança, perda de controle, medo intenso, sensação de perda de sua integridade física e/ou emocional. Estas experiências podem ser percebidas como “experiências traumáticas do parto” e em decorrência desta experiência, algumas mulheres acabam por desenvolver a chamada Síndrome de Estresse Pós-traumática Pós Parto, ou Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT- sigla esta mais conhecida no Brasil) Pós-Parto.

O parto é um evento cheio de expectativas não só da própria parturiente, mas também da sociedade. A própria expressão “dar à luz” trás incutida a garantia de um episódio “iluminado”, cheio de alegrias, satisfação, prazer, onde medo, insatisfação, dor e tristeza não cabem no cenário.

Talvez seja por isso a dificuldade do diagnóstico precoce de problemas de saúde emocional das mulheres tais como a depressão pós-parto e transtorno de estresse pós-traumático pós-parto. Ambos implicam em um comportamento da puérpera não esperado e aceito pela sociedade, e escutar, dar atenção, e investigar o porquê destes

transtornos, significa ter que admitir repensar que existem outros sentimentos que envolvem o processo da maternidade, da experiência do parir, e na assistência à ela, que não só satisfação, contentamento, prazer, alegria e realização; significa desenrolar uma complexa teia de conceitos técnicos, valores culturais, de gênero, mudanças de paradigmas, para dar voz à protagonista da história: a mulher.

Chegamos aqui a um ponto importante de discussão - Quais foram as mudanças ao longo da história na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, e qual a repercussão destas mudanças para a saúde e sentimentos da mulher no processo de parturição e puerpério? Por quê precisamos hoje de “Programas de Humanização”?

1. INTRODUÇÃO

1.1 HUMANIZAÇÃO DO PARTO

A assistência ao parto ao longo da história sofreu diversas modificações e concepções, que interferiram diretamente na construção do que vem a ser o conceito de um “parto humanizado”. No séc.20, o termo “humanizar” foi adotado por Fernando Magalhães, considerado o “pai da obstetrícia brasileira”, e na segunda metade do século por Jorge de Rezende; ambos, defendiam que a narcose e o uso de fórceps humanizaram a assistência ao parto (DINIZ, 2005).

Para REZENDE (1992), o “humanizar” veio também pelo fato da mulher ser retirada do seu *habitat* natural para um ambiente completamente novo, cheio de normas e rotinas, onde ela perde o controle da situação, ao que se associa o medo da dor do parto, do ambiente hospitalar, do bebê nascer com problemas, da solidão, de ser “cortada, entre outros temores, que ordinariamente produzem insegurança emocional, razão do porque a parturição foi considerada evento menos humano.

Em relação à assistência ao parto, esforços foram investidos prioritariamente com vistas a destacar os aspectos tecnificados e a valorização de uma abordagem mais voltada para tudo o que fosse relacionado ao biológico, sobrepondo-se às necessidades individuais e psicológicas da mulher (LIMA e SIEBRA, 2006).

Com a tecnologia e o avanço da medicina, os tempos atuais trouxeram grandes mudanças na condução do que envolve o trabalho de parto, parto e nascimento.

De acordo com BRUGGMANN et al (2005), o acompanhamento do trabalho de parto e parto ocorria em ambiente domiciliar, no qual a mulher era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira, rodeada por pessoas de sua confiança, apoiada pela família. Em meados do século XX, depois da Segunda guerra Mundial, ocorre a institucionalização do parto, como uma tentativa de reduzir as altas taxas de mortalidade; mas com ela, vem a conseqüente medicalização, o isolamento da mulher e a ausência da família e de seu suporte. A maioria destas mulheres era internada em salas de parto coletivo, entre estranhos, sendo submetidas a protocolos de assistência, tirando-lhes a autonomia sobre este processo do parir, e do nascer.

Como consequência da mudança de novas formas de articulação entre gênero e poder social, a reprodução feminina passou a ter relevância política, afinal, desta mulher dependia o futuro da nação. Com este “conceito”, estudar e conhecer os mecanismos do corpo da mulher passou a ser de interesse científico e confiná-las a um local de observação sistemática – o hospital, era de grande conveniência. (DINIZ, 2005).

Segundo ENKIN et al (2005), ainda no século XX, iniciou-se uma vã tentativa de tornar o parto indolor: encobertas pela analgesia com narcóticos e pela anestesia geral, as mulheres eram submetidas ao sono, inconscientes, sendo assim, as questões de suporte físico e psicológico eram irrelevantes.

Na maior parte das sociedades desenvolveu-se a visão de que o parto e o pós-parto imediato fossem vistos como processos de risco para mãe e bebê, e que, sendo assim, quanto maior a disponibilidade de tecnologias ao alcance da equipe, menor seriam as conseqüências para ambos. Implantou-se a tecnicidade desenfreada, onde

as mulheres eram submetidas à chamada, por MOLD & STEIN, de “cascata de procedimentos” (procedimentos que acabam por causar mais procedimentos) citados *in* DINIZ (2005).

O parto passou a ser um evento quase que exclusivamente médico e hospitalar, cheio de aparatos tecnológicos e máquinas incríveis, afastando a mulher do contato com sua intimidade na experiência de ter seu filho e modificando a cultura acerca das suas capacidades. Sua liberdade foi tolhida, sua movimentação durante o trabalho de parto limitada, seus desejos desconhecidos. A presença de seus familiares passou a ser vista como inconveniente e proibida, fatores estes que interferiram na sua tranquilidade para “dar à luz”, tranquilidade e sensação de segurança, necessárias para a evolução natural do seu corpo, de seu tempo para parir.

Apesar deste “avanço” tecnológico, o impacto de experiências estressantes, ou traumáticas na gravidez ou durante o parto para as mulheres, somente tem ganhado a atenção dos cuidadores de saúde recentemente, à medida que as evidências demonstram que seu uso irrestrito pode causar danos à saúde da mulher.

Intervenções durante o parto como a episiotomia (ampliação cirúrgica do canal de parto mediante uma incisão perineal, realizada com tesoura ou bisturi) (Brasil, 2001) (chamada informalmente nas salas de parto por “cortinho” ou “pic”), e drogas ocitócitas, usadas no terceiro estágio do trabalho de parto (chamada de “sorinho” para “ajudar a dilatar”), que quando aplicadas como rotina, além de serem consideradas dolorosas, acabam por desencadear reações adversas para a saúde da mulher (OMS-1996).

Kitzinger em sua pesquisa, por meio dos relatos de mulheres sobre suas experiências de parto feitas por telefone, chamada de “Birth Crisis Hotline”, avaliou que, para muitas destas mulheres, a episiotomia foi considerada inesperada e aterrorizante, e de uma dor inimaginável. De acordo com a pesquisadora, estas mulheres vivem “indignidades” durante o parto que causarão sérios comprometimentos físicos e psicológicos, podendo durar anos (KITZINGER citada por PINCUS (2007)).

De acordo com DINIZ e CHACHAM (2006), desde meados da década de 1980, já existem evidências suficientes para recomendar a abolição da episiotomia de rotina, que é recomendável apenas entre 15 a 30% dos casos, nos casos onde há evidência de sofrimento fetal ou materna, ou para conseguir progresso quando o períneo é responsável pelo progresso inadequado.

De fato, muitos destes procedimentos e rotinas hospitalares tendem a depender mais da maternidade onde a mulher é assistida e do profissional que ela consulta, do que de suas necessidades ou preferências individuais (ENKIN et al, 2005).

Para DOMINGUES et al (2004), essa visão médica abstrai a gravidez do restante da experiência da mulher, tratando-a como episódio médico isolado; acaba por ignorar o significado que a mulher atribui à experiência da gravidez e nascimento, e foca sua atenção naquilo que considera mais importante: a questão física dissociada da percepção da experiência da parturição. Não pretende-se aqui negar o importante avanço tecnológico da medicina, mas sim seu uso irrestrito, abusivo e não indicado

No Brasil, a busca do uso da tecnologia apropriada e avaliada, individualmente, a busca pela qualidade da assistência e interação das parturientes (mulheres que se

preparam para dar à luz), impulsiona um movimento internacional, que recebe o nome de *humanização do parto*. Este movimento segundo DINIZ (2005), foi impulsionado pelas diretrizes da OMS (1996) e pelo Ministério da Saúde, mobilizado também por movimentos como a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), e Campanhas como a “Xô-Episio” (contra a episiotomia de rotina). Porém, apesar dos grandes esforços destas entidades, as informações sobre experiências traumáticas ligadas à experiência de parto são pouco visíveis: encontram-se mais comumente estudos ligados à traumas neonatais (que envolvem algum tipo dano físico ao bebê), depressão pós-parto, “blues do pós-parto” e , psicose puerperal. Os poucos estudos ligados ao TEPT (transtorno de estresse pós-traumático) em relação à experiência do parto demonstram a pouca visibilidade brasileiro, tanto acadêmica quanto leiga, para tal assunto.

Mas o que se quer dizer por “humanização do parto” e como isto interfere na experiência da parturição? De que maneira a assistência pode interferir na prevenção de transtornos da ansiedade e do humor ligados ao ciclo gravídico puerperal?

Como parte do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento o Ministério da Saúde estabeleceu, por meio de publicação de um manual intitulado “Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher”, um documento base para os serviços de saúde com o objetivo de disseminar conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde, os princípios da atenção à mulher, propiciando o direito à cidadania mais elementar: dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade.

Neste manual, discute-se que o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal. Inicia-se já durante o pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde utilize-se de procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia. (BRASIL,2001).

RATTNER (2009) refere que um forte movimento internacional sobre humanização da atenção a nascimentos e partos identifica-se como uma resposta à mecanização na organização do trabalho profissional e à violência institucional, com crescente produção teórica.

Como descrito no estudo de DINIZ (2005), sobre a percepção e contextualização dos vários sentidos dados ao termo “Humanização do Parto e Nascimento” em algumas maternidades de São Paulo, a autora descreve que esta “polissemia” (vários sentidos) trata-se de um diálogo, em um espaço político a ser ocupado, no qual essas reivindicações de legitimidade, em disputa, podem ser convergentes ou conflitantes. São eles:

a-) “Humanização como legitimidade da medicina científica, baseada em evidências” onde a prática é orientada pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia; propõe que o objetivo de facilitação da fisiologia e da satisfação com a experiência é o “moderno”, enquanto a intervenção tecnológica acrítica, iatrogênica

e sem base na evidência é o que se busca superar.;

b-) “Humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento. Uma assistência baseada nos direitos, com um cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não-violenta, relacionada às idéias de “humanismo” e de “direitos humanos”, dando às usuárias inclusive o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicações” uma forma mais dialógica, menos acusatória, de falar da violência de gênero e demais violações de direitos praticadas pelas instituições de saúde, o que facilitaria o diálogo com os profissionais de saúde. Entre eles os direitos à integridade corporal (não sofrer dano evitável), à condição de pessoa (o direito à escolha informada de procedimentos); o direito a estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante (prevenção de procedimentos física, emocional ou moralmente penosos), o direito à equidade, tal como definida pelo SUS.

c-) “Humanização referida ao resultado de tecnologia adequada na saúde da população”. A adequação tecnológica resultaria em melhores resultados com menos agravos iatrogênicos maternos e perinatais;

d-) “Humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes dos atores intervenientes na cena do parto” Seria o deslocamento em situações de parto normal, do principal profissional, o cirurgião obstétrico, para outros como a enfermeira obstetriz, sendo legitimada pelo pagamento do procedimento pelo Ministério da Saúde. Esta nova possibilidade, trás consigo uma disputa corporativa e de recursos, que acaba por envolver a assistência, e a necessidade mudanças de políticas públicas.

e-) “Humanização referida como legitimidade financeira dos modelos de assistência”, ou seja, da racionalidade no uso de recursos. Este sentido é utilizado tanto como desvantagem (economia de recursos e sonegação do cuidado apropriado para as populações carentes, a “medicina para pobres”), quanto como vantagem (economia de recursos escassos, propiciando um maior alcance das ações e menos gastos com procedimentos desnecessários e suas complicações).

f-) “Humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde”, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – ênfase na importância do diálogo com a paciente, inclusão do pai no parto, presença de doulas (acompanhantes de parto), alguma negociação nos procedimentos de rotina, a necessidade da gentileza e da “boa educação” na relação entre instituições e seus consumidores.

g) “Humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos ditos humanitários e antes restritos às clientes do setor privado”. Esta é uma abordagem mais frequente entre médicos menos próximos do ideário baseado em evidências ou baseado em direitos. Para eles humanização é sinônimo de acesso à analgesia de parto (peridural) . A autora recorda que a dor no parto pode ser potencializada por medidas que o iatrogenizam, como: a solidão, imobilização, uso abusivo de ocitócitos, “manobra de Kristeller”, episiotomia e episiorrafia desnecessárias, entre outras.

Finalmente, a autora comenta que Humanização é um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional.

Humanizar o parto baseia-se também no direito da paciente à escolha do local ou hospital em que queira ter seu bebê- independentemente de morar em uma região e querer ter seu bebê em outra, direito a ter um acompanhante de sua escolha em todo seu trabalho de parto, parto e nascimento, e não somente na hora do nascimento do bebê (direito este já garantido por lei pela constituição brasileira – *lei federal 11.108/05*, ainda que vários os hospitais tanto públicos como privados que ainda proíbem a entrada de seu acompanhante), direito à liberdade para movimentar-se; à alimentar-se caso deseje, direito à liberdade de escolha da melhor posição para ter seu bebê (seja de lado, de cócoras ou mesmo deitada). Direito à ser ouvida, ser parte integrante e ativa nas decisões que se passam acerca do seu corpo e do nascimento de seu filho.

Quanto mais participativa, ativa, informada e apoiada esta mulher, maior será sua percepção e satisfação com a experiência do parto e consequentemente, maior prevenção de transtornos ligados a esta experiência, como o transtorno de estresse pós-traumático pós-parto.

A “humanização do parto”, vem, acima de tudo, chamar a atenção da sociedade sobre o quanto nos afastamos da nossa própria história natural, da evolução de nossa espécie, do maravilhoso evento de “dar à luz”, ao darmos espaço à tecnologia inefetiva e inapropriada e distante na relação do cuidador e paciente além dos prejuízos ocasionados à longo prazo.

Não existe uma uniformidade do que vem a ser um “parto humanizado”, mas, precisamos estar atentos às necessidades individuais da mulher, cada parturiente, cada indivíduo, que vê, ouve, e interpreta de maneira única seu momento de parir.

Se estivermos pelo menos próximos de auxiliá-las em suas necessidades, com apoio, interesse, e intenção genuína no cuidar, já estaremos num bom caminho do “cuidado humanizado”. Do cuidar de seres humanos, seres como nós mesmos.

1.2 ASPECTOS PSÍQUICOS DO PUERPÉRIO

O Período puerperal é um momento dotado de diversas transformações na vida da mulher, tanto físico, hormonais, como emocionais e sociais. É um período em que se espera alegria e satisfação da parturiente, e quando muitas sentem que não correspondem às expectativas sociais, sentem-se culpadas por estarem experimentando sintomas depressivos.

Há um estreito limite entre o que é fisiológico e o patológico nas reações de mulheres no puerpério, o que acaba por dificultar tanto o diagnóstico clínico por parte dos profissionais de saúde, como por parte dos familiares; além do que, há que se considerar que as consultas de pós-parto ainda, são em sua maioria, mais voltadas para as questões físicas do que propriamente às questões emocionais da paciente, abrindo uma grande lacuna sobre este momento.

O nascimento de um bebê tem sido associado a situações de estresse por algumas famílias e propício ao surgimento de problemas emocionais e manifestações

psicossomáticas nos pais (SHWENGBER et al, 2003), como a síndrome da tristeza materna e a depressão pós-parto (FAISAL-CRURY et al, 2008).

A síndrome da tristeza materna, ou blues puerperal (Maternal Blues como é chamada na Língua Inglesa), de acordo com FAISAL-CURY et al (2008), é caracterizada por sintomas de irritabilidade, tristeza, e tendência para chorar ocorrendo dentro dos dez primeiros dias do pós-parto. Em seu estudo com 113 mulheres acompanhadas no décimo dia de puerpério, o autor verificou uma prevalência de tristeza materna de 32,7%. O autor também chama a atenção da obstetrícia para a possível associação desta com a depressão pós-parto (DPP). Estes quadros de tristeza materna normalmente não necessitam de intervenção farmacológica, atingem um pico no quarto ou quinto dia, remitindo espontaneamente no máximo em duas semanas.

WHITE (2006) enfatiza que a grande maioria de pesquisas e serviços de saúde que tem como foco o bem-estar emocional da mulher após o parto, direcionam sua atenção para o transtorno do humor, em especial a Depressão Pós-Parto (DPP). Recentemente, porém, percebeu-se a necessidade de se considerar a crescente ocorrência dos transtornos ansiosos neste período de vida das mulheres.

1.3 TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT):

O termo “stress” foi introduzido na área da saúde por Selye, em 1936, para designar a resposta geral, ou específica do organismo a um estressor ou situação estressante MARGIS (2003). Ainda, de acordo com a autora, “a resposta ao estresse é resultado da interação entre as características da pessoa e as demandas do meio, ou seja, as discrepâncias entre o meio externo e interno e a percepção do indivíduo quanto a sua capacidade de resposta. Essa resposta ao estresse compreende aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Nestes três níveis, ela é eficaz até certo limite, que quando ultrapassado, pode desencadear um efeito desorganizador – propiciando o surgimento de transtornos psiquiátricos” (p.17).

Freud, citado por PERES (2005), declarou que o trauma psíquico se caracteriza por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do indivíduo e à sua capacidade de dominar e de elaborar tais excitações. A maneira como as pessoas processam o evento estressante após sua ocorrência é determinante para que o trauma

seja configurado ou não. A caracterização de um evento como traumático não depende somente do estímulo estressor, mas também da tendência do processamento perceptual do indivíduo, o autor ainda refere que, a capacidade de resiliência e a modificação da modulação da memória traumática, são fatores preditores para enfrentarem e superarem as dificuldades.

Os primeiros estudos sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) datam de 1941 - como o de Abram Kardiner, psicanalista ex-analisando de Freud, que, preocupado com os crescentes quadros psiquiátricos em veteranos de guerra, deu origem ao livro “As Neuroses Traumáticas de Guerra”. Porém, somente em 1980 que o TEPT foi listado no DSM-III. Os primeiros grupos a serem investigados foram os próprios veteranos de guerra, do Vietnã (SCHETATSKY et al, 2003). A princípio, no entanto, o diagnóstico tinha como critério o fato de a pessoa ter passado por uma experiência considerada extrema, que envolvesse um grau de violência aparente bastante elevado (BERGER et al, 2004), mas foi em 1994, com o DSM-IV, que houve uma expansão do conceito do que seria um estressor traumático, passando a levar em consideração a percepção que o indivíduo tem do evento em si.

Segundo o DSM-IV (APA, 1994) (anexo 4) o transtorno do estresse pós-traumático é caracterizado por uma reação de medo intenso, impotência ou horror quando um indivíduo vivencia, testemunha ou é confrontado com um ou mais eventos que envolvam morte, ferimento grave ou ameaça à própria integridade física ou de outros.

O TEPT é um transtorno ansioso que atinge 2 a 5% da população geral em alguns países (STEIN et al, 2000), precipitado por um trauma, cujo traço essencial é que seu desenvolvimento está ligado a um evento traumático de natureza extrema, e que os eventos traumáticos não são somente os agentes externos, mas também os fatores internos/subjetivos do indivíduo que interferem no acometimento do TEPT (FIGUEIRA e MENDLOWICZ, 2003). Em uma recente revisão de McDONALD e

CALHOUN (2010) sobre instrumentos utilizados para a detecção do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, foi encontrada uma prevalência 5% a 59%, dentre os estudos avaliados.

De acordo com BERGER et al (2004) e WIJMA et al (1997) “o transtorno de estresse pós-traumático” (TEPT) é caracterizado, de acordo com o critério A para diagnóstico, por: reação de medo intensa, impotência ou horror quando o indivíduo vivencia, testemunha ou é confrontado, com um ou mais eventos que envolvam morte, ferimento grave ou ameaça à integridade física, própria ou de outros”. Apresenta três grupos de sintomas: critério B - revivências: recordações aflitivas; pensamentos recorrentes; sonhos; *flashbacks*; etc. Critério C - evitar pessoas, pensamentos, atividades ou lugares que lembrem o evento traumático, lapsos de memória; etc. Critério D – Hipervigilância; insônia; resposta de sobressalto, etc. Também é considerado como um estressor desencadeante do TEPT o comunicado de um diagnóstico grave que envolva risco de vida. Fato este possível quando uma mulher, logo após seu parto, tem seu filho transferido para uma unidade neonatal, ou mesmo recebe uma grave notícia sobre sua saúde. Esta ampliação da visão do que seria o transtorno levou pesquisadores da área da saúde a explorar o evento do parto como um momento que poderia desencadear reações de estresse pós-traumático (SOET et al, 2003).

Os sintomas do TEPT devem causar prejuízo significativo ao cotidiano e iniciar nos seis primeiros meses após o evento, segundo o DSM-IV (APA, 1994), ou até o primeiro ano, de acordo com a OMS (1996).

Para KAPZINSKY e MARGIS (2003) não restam dúvidas quanto à importância do adequado reconhecimento dos sintomas de TEPT na clínica diária. É, portanto, fundamental a divulgação destes conhecimentos, para que possa ser fornecido um melhor atendimento aos pacientes e aos seus familiares, nos diferentes momentos que sucedem a ocorrência do evento traumático.

Mas como perceber o TEPT ligado à experiência de parto? O que se entende por parto traumático? Quais são os fatores associados ao desenvolvimento do TEPT após a experiência de parturição?

1.4 PARTO TRAUMÁTICO E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO PÓS-PARTO

De acordo com Bastos (2008) o nascimento é um evento complexo de vida que pode estar associado a respostas psicológicas positivas ou negativas, e se este nascimento é experimentado de maneira traumática, pode gerar um impacto negativo no bem-estar da mulher, e severas implicações a curto, ou a longo prazo, não apenas para sua saúde mental, mas também para a relação com seu bebê e outros membros da família, além de produzir, segundo GAMBLE (2004), sintomas debilitantes de trauma psicológico.

É comum na equipe de saúde reconhecer um parto traumático quando este está associado a alguma ocorrência física para mãe ou bebê, mas é ainda pouco reconhecido o fator psiquicamente traumático para a mulher (REYNOLDS, 1997).

Após viver parto traumático, de acordo com ZAMBALDI et al (2009) algumas mulheres passam a apresentar no pós-parto recordações e pensamentos aflitivos em relação ao parto, por meio de imagens, idéias, *flashbacks*, sonhos ou emoções, desenvolvendo comportamentos de esquiva, pessoas, lugares e situações que a façam relembrar o parto. Associado a esta quadro, elas apresentam hiperexcitabilidade, como dificuldades para dormir, estar sempre em alerta, de sobreaviso, e entorpecimento afetivo, como perda de interesse nas coisas e na troca com pessoas que antes costumava gostar, caracterizano então o Transtorno de Estresse Pós-Parto (TEPT)

Beck (2004) define o “parto traumático” como um evento que ocorre durante o trabalho de parto ou no momento do parto que envolve real ou temida lesão física ou morte da mulher ou do recém nascido.

Em uma revisão de literatura, Zambaldi et al (2009) encontraram uma prevalência de de 29,60% a 33% em estudos quantitativos sobre parto traumático, e de 0 a 8,10% sobre Transtorno de Estresse Pós-Traumático Pós-Parto relacionado ao parto..

Em uma pesquisa na Suíça, de coorte longitudinal conduzida por WALDENSTRÖM et al (2004), sobre “Experiência Negativa de Parto”, 7% de 2541 mulheres referiram insatisfação com seus partos, e para algumas destas o desenvolvimento do

TEPT possa estar presente. Os fatores de risco referidos foram - problemas médicos inesperados como uma cesariana de emergência, indução, duração do trabalho de parto, e transferência do bebê para unidade de tratamento intensivo, fatores sociais relacionados à mulher como gravidez indesejada e falta de suporte do companheiro, fatores relacionados com os sentimentos da mulher durante o parto, como dor e perda de controle, e fatores influenciados por cuidadores, como indisponibilidade da equipe no pré-natal para suas próprias dúvidas, falta de suporte durante o parto, e administração de analgesia.

De acordo com REYNOLDS (1997), uma das mais fortes evidências do TEPT ligada à experiência de parto foi apresentada pelo inglês Ballard, em 1995. O estudo descreveu 4 casos de TEPT durante o período pós-parto, e identificou que, a sensação de perda de controle e trabalho de parto complicado e prolongado, foram os aspectos mais descritos por estas mulheres.

Pesquisas recentes revelam que 1 a 6% de mulheres desenvolvem o transtorno de Estresse Pós-Traumático Pós-Parto (TEPT PP), podendo causar impacto negativo na relação da mulher com sua família, seu bem-estar e seu bebê (Ayers, 2007) (Beck e Barnes, 2006).

Czarnocka e Slade (2000) analisaram 264 puérperas, no 3º.dia e 6 semanas após o parto, encontrando uma prevalência de TEPP de 3% .

BORN et al (2005) observaram através dos relatos de puérperas em hospitais públicos que, uma em cada três mulheres, relatou a presença de sintomas de trauma

agudo após darem à luz, sendo que 2 a 6% dessas mulheres preencheram os critérios do DSM-IV para o TEPT.

MAGGIONI et al (2006) identificaram em seu estudo que, dentre as 93 mulheres participantes, 2,4% apresentaram escore para o TEPT PP mesmo após 3-6 meses da data do parto, enquanto que 32,1% preencheram 1 ou dois sintomas dos 17 ítems da escala utilizada - “The Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire” (PTSD-Q – escala baseada nos critérios diagnósticos do DSM IV), desenvolvida por CZARNOCKA e SLADE (2000). A autora chama a atenção para as características de personalidade, assim como vulnerabilidade psicossomática das mulheres, podem interferir na incidência do desenvolvimento do TEPT PP.

BECK (2004), através de descrição de relatos de 38 mulheres sobre suas experiências de parto, coletados em um website da Nova Zelândia, dos Estados Unidos, Nova Zelândia, Austrália e Inglaterra, verificou que os sintomas mais comuns citados foram: *flashbacks*; pesadelos - onde revivem o parto traumático; sensação de desligamento (como sombras de sua própria pessoa), obsessão sobre questões à respeito do que aconteceu com seu parto, falarem excessivamente sobre sua experiência, sentimentos de raiva, ansiedade e depressão, isolamento do mundo e da maternidade. O estudo chama a atenção também pelo fato de incluir mulheres de 4 países diferentes, mas que apresentaram os mesmos sintomas.

Em outro estudo realizado na Austrália, com 499 mulheres, conduzidos nas 4 a 6 semanas pós-parto verificou-se que uma, em cada três mulheres, relataram terem vivido uma experiência de parto traumática, e reportaram pelo menos três sintomas traumáticos (CREEDY et al, 2000).

Preocupada com o crescente número de TEPT PP (10.000/ano) na Inglaterra, uma associação dirigida por mulheres que tiveram uma experiência de parto ruim, criou a “Birth Trauma Association” (BTA website). A associação tem como objetivo chamar atenção da sociedade para este transtorno cada vez mais freqüente, oferecendo além do apoio à estas mulheres, informação e pesquisa sobre o TEPT PP, e sobre como acreditam que os profissionais da saúde podem contribuir para a prevenção do desenvolvimento deste transtorno.

De acordo com os relatos obtidos pela BTA, as mulheres apresentaram os seguintes problemas específicos do TEPT PP: 1) Isolamento Pós-Parto: desajustamento em relação às outras mães, sentem-se enganadas, roubadas de seus desejos, em um momento extremamente especial das suas vidas, da parturição. 2) Vinculação com o bebê: muitas mulheres sentem dificuldade em amamentar, sentem-se distantes de seus filhos, acham mais difícil cuidar dele - como resultado do trauma vivenciado. 3) Sentimentos: sentem-se fracassadas e culpabilizam-se por esta sensação, sentem-se com raiva e com a sensação de terem sido injustiçadas. 4) Medo da atividade sexual e do Nascimento: sentem-se desconfortáveis no que se diz respeito às relações sexuais com o companheiro, evitam o sexo como uma maneira de prevenirem-se de uma possível gestação. 5-) Dificuldades de Diagnóstico: não há escalas específicas para o TEPT PP. Profissionais vêem as mulheres, que apresentam o TEPT PP, como possíveis questionamentos à sua autoridade, e adotam posturas de confronto ou mesmo de recusa à investigação e auxílio. Como consequência da TEPT PP, a BTA refere não ser incomum: o rompimento de relacionamentos, a modificação na dinâmica familiar, a recusa de uma futura

necessidade de cuidados, o uso (abuso) de substâncias químicas; dificuldades no relacionamento com o filho, tocofobia (medo de reviverem experiências traumáticas em próximos partos), o que acaba por influenciar na escolha pela cesariana eletiva ou por não ter mais filhos.

De acordo com o levantamento realizados pela BTA, os relatos das mulheres vêm a confrontar a realidade do que vem a ser uma “boa experiência de parto”, e com isso, uma boa assistência. Expõe relações de gênero presentes na condução da assistência obstétrica, conceitos culturais, sociais e sexuais construídos ao longo dos anos, e que não necessariamente, sejam a manifestação do desejo e escolha de quem se utiliza dela, a mulher.

1.5 DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP) E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)

De acordo com FAISAL-CURY (2001), A depressão pós-parto (depressão maior) caracteriza-se por uma alteração do humor, é definida pela vigência de determinados sintomas, pelo período mínimo de duas semanas, tais como: obrigatoriedade a presença de humor deprimido ou anedonia (ausência ou perda de interesse nas atividades anteriormente consideradas agradáveis), associada a sintomas como alterações do sono (insônia ou excesso), alterações significativas de peso ou do apetite, sensação de fadiga, agitação ou retardo psicomotor. Não é incomum estarem presentes

sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e idéias de morte ou suicídio.

CAMACHO et al (2005) refere que a etiologia da depressão pós-parto não é completamente conhecida, mas acredita-se que fatores hormonais e hereditários também estejam envolvidos. A autora refere como principais fatores de risco para a depressão, a idade inferior a 16 anos, histórico de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, ser solteira ou divorciada, estar desempregada (a pacientes ou seu cônjuge) e apresentar pouco suporte social.

De acordo com CRUZ et al (2005) a palavra depressão pode ser entendida tanto por um estado afetivo normal, quanto por um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). É com frequência associada a reações normais diante de determinados sofrimentos e sentimentos de perda. Considerada como síndrome ou doença, a depressão inclui alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Em virtude de sua alta prevalência e custos sociais, é importante problema para a saúde pública.

Em uma meta análise conduzida por BECK (2001) de 84 estudos publicados até 1990, para determinar a relação entre a depressão pós-parto e fatores de risco, o autor revela alguns preditores significativos para a DPP como a depressão pré-natal, baixa auto-estima, gravidez não planejada/nao desejada, dificuldades na relação com o bebê, baixo suporte social e estatos sócio-econômico.

De acordo com a maioria dos estudos, a prevalência de depressão pós-parto ocorre entre 10-20 % (MORAES et al, 2006) sendo maior na adolescência (CAMACHO et al, 2006)

FAISAL-CURY et al (2004) em seu estudo sobre Depressão Pós-Parto e Relação com Eventos da Vida e Modo de Enfrentamento (*coping*), verificou uma prevalência de 15,9% em uma amostra de 113 mulheres, no 10º. dia do pós-parto.

Ainda segundo o autor, e COSTA et al (2007), referem que esta amplitude de prevalências deve-se principalmente à diversidade nas metodologias de investigação, em termos dos instrumentos adotados para o diagnóstico de depressão pós-parto, dos *timings* de avaliação, e das amostras consideradas.

STEINNER (2005) aponta que as mulheres sofrem o dobro da incidência de depressão do que os homens, e que possuem também um índice mais alto de condições comórbidas, tanto físicas como mentais, como os transtornos alimentares, transtornos de ansiedade generalizadas, doenças auto-imunes e o transtorno de estresse pós-traumático.

De acordo com MARGIS (2003), os transtornos afetivos – depressão, mania e distímia- são duas a três vezes mais prováveis de ocorrer em pessoas com TEPT quando comparadas a pacientes sem o transtorno, e quatro a cinco vezes de desenvolver em mulheres com TEPT.

Creedy (1999) descreve em seu estudo que três casos de mulheres que expernciaram seu parto como traumático, e continuaram experimentando estes pensamentos no pós-parto, foram diagnosticadas com Depressão Pós-Parto.

Achados de Czarnoca e Slade (2000) demonstram que 75% das mulheres que preencheram o critério do DSM-IV (APA, 1994) para o transtorno de ansiedade – Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) pontuaram 13 (ou mais) na Escala de Edimburgo (EPDS), considerando-se a possibilidade do diagnóstico de depressão pós-parto. Para WHITE (2006), apoiar-se apenas na Escala de Edimburgo para identificar traumas no parto pode acarretar em um não diagnóstico dos casos de TEPT.

FAISAL-CURY (2005) chama a atenção de que, apesar da sua importância, o diagnóstico da depressão pós-parto bem como a de outros transtornos do puerpério, é muitas vezes tarefa complexa, já que o quadro clínico pode variar na apresentação e intensidade dos sintomas. Muitas vezes ele é negligenciado pela própria puérpera, marido e familiares, atribuindo os sintomas ao “cansaço e desgaste” considerados naturais do puerpério, causados pelo acúmulo de tarefas caseiras e dos cuidados com o bebê.

1.6 INSTRUMENTOS PARA AVALIAR O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)

1.6.1. Escalas de Avaliação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático

De acordo com ROSO (1998) durante muito tempo, e por questões políticas e econômicas, a maior parte dos estudos concentrou-se em avaliar a presença de TEPT em veteranos de guerra, especialmente os da guerra do Vietnã. Mais recentemente, o interesse pelas consequências de uma experiência traumática sobre o comportamento humano ampliou-se para outros traumas como os causados por desastres naturais, situações de violência ou acidentes graves. Isso permitiu uma maior compreensão dos fatores envolvidos no transtorno, bem como a formulação de diferentes hipóteses etiológicas para ele. Entretanto, ainda restam dúvidas conceituais e diagnósticas que só recentemente começaram a ser respondidas. Por isso, tornou-se necessária e importante a tarefa nos diferentes estudos de identificar o mais precocemente possível a presença de sintomas críticos, características individuais ou tipos de trauma que aumentem a probabilidade de desenvolver o TEPT. A atenção dos estudiosos da área voltou-se para a utilização de escalas que identificassem e mensurassem tais fatores podendo assim, serem utilizadas, de maneira confiável, como medidas preditivas do desenvolvimento do transtorno.

As escalas de avaliação do TEPT (ou “Post-Traumatic Stress Disorder” – PTSD na língua inglesa), em sua maioria, medem a presença de sintomas desse transtorno e de outras variáveis associadas ao seu desenvolvimento. São utilizadas em estudos de seguimento de vítimas de traumas, como desastres (incêndios, terremotos), violência (estupro, assaltos), acidentes graves, e em estudos realizados em centros especializados no atendimento de veteranos de guerras ou de pessoas expostas a atividades violentas (polícia, bombeiros). É comum também a utilização dessas

escalas como medida de mudanças na sintomatologia em estudos de tratamento de TEPT

Ainda de acordo com ROSO (1998), “dentre as escalas mais utilizadas, estão: Escala de avaliação de PTSD administrada pelo clínico ou CAPS – Clinician Administered PTSD Scale ; Escala de impacto de eventos ou IES – Impact of Events Scale; Escala Mississippi de PTSD relacionado a combate e sua versão civil ou MISS – Mississippi Rating Scale For Combat Related PTSD e MISS – Civilian Version e Escala de significância de outros ou SOS – Significant Other Scale A última, entre as citadas, é a única que não avalia a sintomatologia de PTSD propriamente dita. É utilizada como medida da existência de suporte social, uma vez que este foi considerado em diversos estudos um fator influente no desenvolvimento do quadro. Entre as escalas que medem outras variáveis que, como suporte social, são associadas ao desenvolvimento de PTSD, estão incluídas ainda diversas medidas de sintomas depressivos e ansiosos, como por exemplo a Escala de Beck de 1974 e o Inventário de ansiedade traço-estado de Spilberger de 1983, amplamente utilizadas”.

De acordo com BERGER et al (2004), posteriormente, em 1993, foi desenvolvido um instrumento, a PCL-C (*Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version*) por Weathers, Litz, Huska e Keane, do National Center of PTSD (EUA), que possui duas versões, a PCL-M especificamente para a avaliação das consequências de ações militares, e a PCL-C, desenvolvida para a população civil, que avalia as consequências de diversos tipos de experiências traumáticas. Ambas as versões tem como base os critérios diagnósticos do DSM-III-R para o TEPT. Segundo o autor, a PCL-C tem sido usada por diversos autores, e com estudos de

validação e determinação de suas propriedades psicométricas, em sua versão original em inglês e também em outros idiomas.

McDONALD e CALHOUN (2010), em sua revisão sobre os instrumentos utilizados para a detecção do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, refere que a Escala PCL tem sido usada com maior frequência, com mais de vinte (20) estudos de validação em uma ampla gama de populações. A PCL-C, especificamente (adaptada para a população civil), tem sido usada para relacionar com qualquer experiência estressante. Nesta revisão, dos 23 estudos que utilizaram a PCL e suas versões {PCL-C, PCL-M (para população militar) e PCL-S (para eventos específicos)}, a PCL-C foi utilizada em dezesseis (16) destes, dentre os mais variados desfechos, como HIV soropositivo, tratamentos clínicos intensivos, mães de crianças que fizeram tratamento de câncer, entre outros.

A PCL-C também tem sido usada para avaliar a prevalência em pacientes após tratamento de câncer de mama, como o de MELO et al (2006), ANDRYKOWSKI et al (1998), McDONALD E CALHOUN (2010).

Apesar do grande impacto pessoal e social inerentes ao TEPT, poucos estudos foram realizados no Brasil, e de acordo com BERGER et al (2004), não dispomos de um instrumento de rastreamento para este transtorno, adaptado para a língua portuguesa (levando em consideração as peculiaridades brasileiras) e estudado quanto às suas características psicométricas.

As escalas W-DEQ, criada em 1996 por Wijma, para avaliar o medo do parto (WIJMA et al,1997), e a TES (Traumatic Event Scale) também criada em 1997 por

Wijma e colaboradores, citadas pelo mesmo autor, foram escalas voltadas para o estudo da experiência de parto, assim como a QESP – questionário de experiência e satisfação com a experiência de parto, de FIGUEIREDO et al (2004), porém, no Brasil, não dispomos de escalas específicas para a experiência de parto e sentimentos acerca deste evento, como citados, medo ou satisfação.

1.6.2 Escalas de Avaliação da Depressão Pós-Parto

De acordo com FAISAL-CURY (2001) devido a dificuldades em se obter diagnósticos consistentes e adequados para fins de pesquisa e tratamento, alguns autores, durante a década de 60, motivaram-se a elaborar os primeiros instrumentos de mensuração da depressão, dentre eles, a Escala de Depressão de HAMILTON, o Inventário de BECK, a Escala de ZUNG, entre outras.

CAMACHO et al (2006) refere que estudos recentes vêm mostrando a utilidade do uso de escalas de auto-avaliação para triagem de mulheres com depressão pós-parto em serviços de atendimento primário, e que a possibilidade de detecção de depressão pós-parto com essas escalas tem se mostrado significativamente maior que a detecção espontânea durante avaliações clínicas de rotina por médicos nesses serviços.

COX et al (1987), foram os primeiros autores a desenvolverem um instrumento para triar especificamente a depressão pós-parto e que pudesse evitar que fatores externos

sistemáticos, isto é, próprios à condição subjetiva e atual do paciente, pudessem intervir na avaliação. Esta escala, validada no Brasil por Santos em 1995, fez uma análise abrangente das semelhanças entre os quesitos das principais escalas utilizadas na avaliação de depressão pós-parto, incluindo o inventário de Beck (FAISAL-CURY, 2001).

O Inventário de Beck, validado no Brasil por Gorenstein e Andrade, em 1996, é um instrumento que tem o intuito de detectar prováveis casos de depressão bem como a intensidade de sintomas depressivos e tem sido utilizado com frequência em pesquisas de depressão na população geral e em puérperas (FAISAL-CURY, 2001).

MORAES et al (2006), em seu estudo sobre prevalência de depressão pós-parto, verificou a utilização da Escala de Edimburgo (EPDS) em oito(8) das doze (12) pesquisas consideradas.

Diversos países já validaram ou traduziram a Escala de Edimburgo (EPDS) no Brasil e, conforme afirma SANTOS et al (1999), pode ser de particular importância dado o contexto econômico e contraditório, estressante em relação à maternidade.

A auto-permissão das mulheres em poderem aceitar possíveis dificuldades no período do pós-parto, ao invés da culpa, pode resultar na quebra de um paradigma, e um viés de gênero que confronta a idéia de que pode haver descontentamento e sentimentos negativos no período puerperal, e permitir-se utilizar-se de meios de detecção para a depressão pós-parto pode representar a própria prevenção do desenvolvimento deste transtorno.

1.7 GÊNERO DE SAÚDE MATERNA

De acordo com DE BARBIERI (1991), “os sistemas de sexo/gênero são os conjuntos de práticas, símbolos, representações, normas e valores sociais que as sociedades elaboram a partir das diferenças sexuais anátomo-fisiológicas e que dão sentido à satisfação dos impulsos sexuais, à reprodução da espécie humana, e em geral, ao relacionamento social que determinam as relações dos seres humanos”

Os conceitos de gênero no âmbito dos estudos da mulher, de acordo com GIFFIN (1994), caminham para a desconstrução das categorias “sexo feminino/sexo masculino”, apontando a naturalização de aspectos sociais além dos biológicos, e que o corpo feminino não era determinante para a condição social da mulher.

O modelo de assistência ao parto reflete a maneira pela qual a mulher é vista dentro de um momento histórico. A mulher, dentre os vários papéis atribuídos na história, passou de “pecadora”, com possibilidades de eximir sua culpa na dores do parto sem qualquer alívio, para “vítima” de sua própria fisiologia, do seu “problema” para parir com dor. A assistência é então vista pelos obstetras como um resgate, salvando-a dos perigos reais ou imaginários da parturição dolorosa e do “assim chamado” riscos do “desfiladeiro transpelvino” (CUNHA citado por DINIZ (2005, p:628))

Segundo CALDEYRO-BARCIA (1979), “a principal distorção da obstetrícia moderna é oferecer tecnologia inadequada, cara, potencialmente perigosa e dolorosa para a maioria dos partos, normais, que delas não se beneficiam; o que muitas vezes

resulta em não oferecer tecnologia adequada para a minoria dos partos, anormais, para os quais esta tecnologia poderia ser útil” .

É inerente que carreguemos para os dias atuais, conceitos e comportamentos baseados na construção cultural, social e sexual construída ao longo dos anos. Porém, de acordo com DINIZ (2009), não raro as crenças sexuais têm sido usadas como explicações “científicas” sobre o corpo da mulher, a parturição e a sexualidade na assistência ao parto, refletindo-se no uso de tecnologias não apropriadas, causando riscos desnecessários e sofrimento à mulher.

De acordo com a mesma autora, estes comportamentos demonstram “vieses de gênero”, “cegueira de gênero” na assistência ao parto, expressos na superestimação nos benefícios da tecnologia e na subestimação ou negação dos desconfortos e efeitos adversos das intervenções. Os termos “viés de gênero” e “cegueira de gênero” são utilizados para demarcar como a pesquisa e a prática em uma área do conhecimento podem deixar de valorizar aspectos fundamentais dos seus objetos de estudo, enxergando apenas aqueles que confirmam o paradigma dominante.

Talvez, os vieses de gênero venham a corroborar e justificar o porque de altas taxas de episiotomia ainda aplicadas na assistência ao parto, como parte inerente à rotina da assistência obstétrica. De acordo com o relatório da PNDS 2006, 71,6 % das mulheres que tiveram parto normal sofreram episiotomias no Brasil, considerando 80,3% (maior índice brasileiro) na região Sudeste. Estas taxas mostram-se distantes do que se preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), e OMS (1996), cuja indicação de episiotomia não deveria passar de 30%. Além da episiotomia, outros

procedimentos já não são indicados como rotina como a Manobra de Kristeller (OMS 1996), ainda encontram-se presentes nas práticas obstétricas brasileiras..

Desta forma, vê-se necessário destituir-se de um paradigma mais mecanicista para um cuidado mais baseado em evidência, efetividade e segurança na assistência obstétrica, além de promover a relação cuidador-paciente colocando a mulher como protagonista de sua experiência

1.7.1 Vieses de Gênero na comunicação durante a assistência ao parto: “minimização” dos termos e do “sofrimento”.

Nesta busca pelo que vem a ser o melhor cuidado, faz-se necessário também compreender as formas de comunicação que durante estes cuidados se fazem presentes. A comunicação entre paciente e cuidador no processo de cuidar é tão intrínseca e vital, como o ato de cuidar em si; a comunicação feita através da fala, gestos, expressões, pode interferir diretamente sobre a relação cuidador-paciente desencadeando reações positivas e pró-ativas do paciente ou infelizmente, negativas. O uso que se faz dela nem sempre é terapêutico, podendo ser muitas vezes, danosa, interferindo diretamente no bem-estar do paciente, nas suas reações frente a relação com a saúde-doença.

DIAS (2007) faz uma análise linguística em torno da comunicação na assistência ao parto e nascimento, e de como esta pode apresentar nuances, ambivalências, e estar

dotada de construções sociais e culturais, que atravessam décadas. Dentre alguns exemplos está o uso de diminutivos, que teriam a intenção de “amenizar” a intervenção/invasão médica no corpo da mulher.

Este tipo de emprego de diminutivos poderia, à princípio, representar uma empatia do cuidador ao paciente, uma espécie de atenção “carinhosa”; porém, também de maneira mais velada, um afastamento do outro, deixando o cuidado individualizado à generalização, como por exemplo, em termos como “*mãezinha*”..., o seu “*bebezinho*”,... etc. A mesma autora, em outro exemplo, analisa a expressão “*compressãozinha*” usada por uma médica ao realizar a *Manobra de Kristeller* (pressão fúndica sobre o abdômem para acelerar o parto (DINIZ e CHACHAM, 2006) procedimento este banido pela OMS (1996) com a intenção de “minimizar”, através do uso de diminutivos, o caráter invasivo e danoso do procedimento, uma forma simbólica que atenua essa prática, dissimulando a violência por trás da assistência. Violência esta que pode contribuir para a experiência do parto ser sentida e percebida como insatisfatória ou de maneira traumática.

1.8 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA BASEADA EM EVIDÊNCIA E O BEM-ESTAR MATERNO NO PARTO E PÓS-PARTO

“Primeiro, que a única justificativa para práticas que restringem a autonomia de uma mulher, sua liberdade de escolha e seu acesso ao bebê seria a existência de evidências claras de que essas práticas restritivas causam mais benefícios do que danos. Segundo, que qualquer interferência sobre o processo natural da gravidez ou do parto também deve proporcionar mais benefícios do que danos. E terceiro, o ônus da prova cai sobre quem propõe a intervenção sobre o normal.”
(ENKIN et al, 2005).

A Medicina Baseada em Evidências é a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência científica disponível para a tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes individuais e que se tem estendido para a elaboração de guias normativos (MS, 2001); (ENKIN et al, 2005).

Segundo SASS (2006), durante muito tempo, as decisões clínicas foram baseadas nas experiências pessoais, nas opiniões dos indivíduos com mais autoridade e nas teorias fisiopatológicas. Porém o autor ressalta a importância da atuação médica comprometida com decisões baseadas em evidências e sintonizada com novas propostas e experiências, resultando em práticas saudáveis e seguras, destacando publicações importantes como o manual técnico "Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher", pelo Ministério da Saúde, em 2001 apoiados pela Febrasgo e Abenfo.

Mudar paradigmas na educação médica e dar lugar a novas formas menos autoritárias e mais baseadas em evidências constituem um grande desafio para a assistência obstétrica no Brasil.

De acordo com DINIZ (2009), não há nenhuma evidência de que a gravidez e o parto estejam ficando mais seguros para as mulheres no Brasil, independente da

metodologia utilizada. Para enfrentar esta situação, o governo brasileiro promoveu o desafio da Maternidade Segura, lançando o “Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal” (PNRMM), em 2004, que tem como objetivo a redução de 75% na mortalidade materna até 2015 em comparação com 1990.

De acordo com o PNRMM, as altas taxas da mortalidade materna e neonatal no Brasil se configuram como um grave problema de saúde pública, e ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo, além de uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças (BRASIL, 2004). Dentre as principais estratégias propostas pelo Pacto, estão: o treinamento dos profissionais de Saúde em Seminários de Práticas Obstétricas Humanizadas e Baseadas em Evidências em todos os estados; referência garantida dos cuidados médicos e hospitalares e do hospital em casos de alto risco; direito a um acompanhante da escolha durante o trabalho de parto e nascimento; direito ao alojamento conjunto para as mulheres e aos bebês.

No Brasil, a “Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto” que ocorreu em 1985, em Fortaleza, na qual a Organização Mundial da Saúde recomendou o livre acesso de um acompanhante, escolhido pela parturiente, no parto e puerpério, e foi de extrema relevância e referência para mobilizar a sociedade sobre importância do suporte à mulher durante seu processo de parturição (BRUGGEMAN et al, 2005).

A OMS recomenda o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes; que esta deve ser acompanhada por pessoas em quem confia e com quem se sinta à vontade, (Relatório “Maternidade Segura” - OMS, 1996).

O termo - acompanhante - tem sido utilizado para descrever o suporte por diferentes pessoas que possuem características muito distintas, de acordo com o contexto social envolvido, podendo ser profissionais (enfermeira, parteira), companheiro/familiar ou amiga da parturiente, doula e mulher leiga designada para tal função, (BRASIL, 2001).

Em 2005, como resultado de toda esta mobilização, foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República a Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005, que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRUGGEMAN et al, 2005).

Para HOTIMSKY et al (2002) esta recomendação sobre o direito ao acompanhante durante o processo de parturição OMS abre um leque de opções à mulher, pois reconhece que cabe a ela escolher seu acompanhante, sendo esta uma ferramenta poderosa para promover melhores resultados maternos e neonatais, entre eles a maior satisfação materna com o processo do parto (DINIZ, 2009); (ENKIM et al, 2005).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático Pós-Parto (TEPT PP) e da Depressão Pós-Parto em uma amostra de puérperas usuárias do setor público e privado da zona leste de São Paulo Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar prevalência do TEPT PP e depressão pós-parto em puérperas do setor público e privado;
2. Estimar fatores associados ao TEPT PP e Depressão Pós-Parto;
3. Estudar a relação do TEPT PP e Depressão Pós-Parto com a experiência traumática no parto;
4. Estudar de que maneira a assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento pode vir a contribuir ou a prevenir o desenvolvimento do TEPT PP e Depressão Pós-Parto.

3. METODOLOGIA

3.1 DESENHO

Foi realizado estudo de corte transversal que estimou a prevalência e fatores associados ao estresse pós-traumático e depressão pós-parto em puérperas do Hospital Santa Angelina*, na Zona Leste de São Paulo.

A proposta original da pesquisadora sobre o tipo de estudo a ser desenvolvido, seria a de um Estudo Qualitativo, sobre Satisfação com a Experiências de Parto e Fatores Associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático Pós-Parto (TEPT PP), em mulheres do setor privado. A pesquisa se daria através da internet, onde mulheres em período de (a partir) 6 semanas pós-parto- seriam captadas em listas de discussão sobre maternidade, gestação entre outros similares; seria lhes apresentado o objetivo da pesquisa, assim como o termo de consentimento livre e esclarecido; estas mulheres seriam informadas quanto a voluntariedade de sua participação na pesquisa, e sobre o sigilo e anonimato de suas informações. Após aceitarem participar da pesquisa, receberiam um questionário por e-mail para ser respondido e reencaminhado à pesquisadora.

Uma vez que a pesquisadora trabalhava para uma ONG dentro deste Hospital, de grande referência na zona leste de São Paulo, e que oferecia Serviço de Maternidade à usuárias do serviço público e privado, após reuniões e orientações com a Banca da Qualificação da pesquisadora, foi-lhe sugerido mudar seu desenho de pesquisa da seguinte maneira: transformá-lo, de um estudo qualitativo com 30 mulheres no setor privado, via internet, para um estudo transversal sobre TEPT ligado à experiência de

*O nome verdadeiro do Hospital foi substituído, afim de preservar o anonimato da instituição

parto (TEPT PP), em usuárias do setor público e privado deste hospital. Por ser o Transtorno de Estresse Pós-Traumático Pós-Parto um tema de conhecimento recente na literatura e assistência obstétrica brasileira, propôs-se que este estudo fosse um estudo de prevalência deste Transtorno.

3.2 CAMPO

Com uma população da capital total (aproximada) de 10.995 milhões de habitantes, a Zona Leste representa 37% desta população, o que equivale a 4.244.882 milhões de habitantes, ou seja, praticamente 4 em cada 10 paulistanos vivem na zona leste, representando um perfil econômico de classes C, D, e E, em sua maioria aposentados, desempregados e trabalhadores da economia informal.

O complexo de saúde Santa Angelina, com 48 anos de atuação, é a principal referência hospitalar da zona leste de São Paulo.

No campo da saúde, o principal hospital está localizada no bairro de Itaquera, na cidade de São Paulo desde 1961; com uma capacidade operacional de 720 leitos vêm realizando mensalmente cerca de 40.000 atendimentos de pronto-socorro, 40.000 atendimentos ambulatoriais, 3.400 internações hospitalares, sendo que a maior parte desses atendimentos pelo SUS (88% do total), incluindo a estes dados, aproximadamente 1.350 cirurgias/mês e 196.000 procedimentos diagnósticos/mês.

Oferece entre outros serviços, transplantes de órgãos, medula óssea e tratamentos avançados de câncer. É também importante centro de ensino e pesquisa mantendo 33 programas de Residência Médica e de especialização. Dedicar 87% do atendimento ao Sistema Único de Saúde –SUS e também conta com serviços para convênios, seguradoras, medicina de grupo e particulares.

3.2.1 A Maternidade do Hospital Santa Angelina

A maternidade do Hospital Santa Angelina situa-se no 5º Andar e 6º Andar do hospital.

O 5º. Andar, voltado para o atendimento de convênios e particulares possui uma enfermaria que dispõe de 16 leitos voltados para o puerpério e 16 leitos voltados para a obstetrícia patológica, e 4 apartamentos para uma pessoa, que pode ser usado tanto para o puerpério como para a obstetrícia patológica.

Com uma média de 50 (cinquenta) partos por mês, as suítes de parto são preparadas para receberem até duas pacientes por leito. As suítes oferecem 1 (um) banheiro privativo, cama com regulagem manual, berço ao lado da cama para acomodar o recém-nascido, mesinha de cabeceira para cada puérpera, telefone com linha externa, e duas poltronas para cada acompanhante. A maioria dos leitos têm janela com vista externa.

O alojamento conjunto, no sexto andar, dispõe de 32 leitos: 10 leitos para o puerpério, localizado ao lado direito da maternidade, e o lado esquerdo é destinado à pacientes da patologia obstétrica e ginecologia (mastologia, oncologia, cirurgia ginecológica eletiva).

Com uma média de 350 partos por mês, cada leito destinado ao puerpério dispõe de até 5 camas, com regulagem manual, 4 encostadas na parede e uma cama localizada ao centro do quarto, um banheiro para ser dividido entre as puérperas, uma mesinha de cabeceira para cada puérpera, e cadeira para acompanhante. Todos os leitos têm janela com vista externa, com um corredor que permite comunicação entre os quartos.

Tanto o Centro Obstétrico como o Centro Cirúrgico localizam-se no 6º.Andar, próximo ao alojamento conjunto e unidade neonatal.

Quando uma parturiente chega ao hospital, é levada para o exame de admissão no próprio 6º.Andar, é avaliada a conduta, procedendo da seguinte maneira: se estiver em trabalho de parto, a paciente é internada, ficando em salinhas desde o começo do trabalho de parto até a alta para o leito, chamadas de BOX (no caso de pacientes de SUS), que dispõe de cama de parto, cortinas, cadeira para acompanhante, com divisórias - paredes contendo quadrinhos ilustrativos de posições de parto que favorecem o parto normal. Se determinada a conduta cirúrgica, as pacientes são encaminhadas para o centro cirúrgico onde é realizada a cesariana, e após término da cirurgia, vão para uma sala de recuperação. Após avaliação, são encaminhadas para o leito (enfermaria privado, ou alojamento conjunto-serviço público), e no caso de

pacientes do sistema privado (convênio e particulares) a paciente é encaminhada à suítes de parto

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

1. Ter vivenciado um parto há pelo menos 6 semanas;
2. Ser maior/ igual ($\geq$) a 18 anos;
3. Ser capaz de ler e escrever português.

3.4 CÁLCULO DA AMOSTRA

Para um $\alpha = 5\%$ (0,05) e um poder de teste de 0,80%, considerando a prevalência na amostra de 9,9% (10%) e admitindo-se um erro padrão da proporção de 18% (+ ou – 20% da população observada) calculou-se uma amostra de 283 puérperas, sendo 142 (aproximadamente) puérperas de cada grupo, público e privado.

O software utilizado para o cálculo da amostra foi o PS-Power and Sample Size Calculations, versão 3.0.1.

A amostra final deste estudo foi de 329 mulheres (puérperas), referente ao dados coletados até 72 horas pós-parto, e 135 puérperas referentes aos dados coletados a partir da 6 semana da data do parto.

3.4.1 Amostra considerada para este estudo

Dentre as 329 mulheres (puérperas), que responderam ao questionário sobre dados sócio-demográficos, antecedentes obstétricos e dados de pré-natal, em até 72 horas pós-parto, 247 responderam ao questionário sobre experiência de parto (pré-parto, parto e pós-parto), Escala PCL-C e Escala de Edimburgo (EPDS), porém, por questões relativas a logística da pesquisa e prazos em relação à dissertação do mestrado, 135 entrevistas foram tabuladas e analisadas estatisticamente.

Tabela 1. Histórico das Entrevistas e Tabulação no Banco de Dados.

Entrevistas realizadas no puerpério imediato até 72 hrs. pós-parto (questionário sobre dados sócio-demográficos, antecedentes obstétricos e dados pré-natal)	Dados (questionário sobre dados sócio-demográficos, antecedentes obstétricos e dados pré-natal) tabulados no banco e análise	Entrevistas realizadas a partir de 6 semanas da data do parto (questionário sobre experiência de parto (pré-parto, parto e pós-parto); Escala PCL-C e Escala de Edimburgo (EPDS))	Dados tabulados no banco de dados e análise [questionário sobre experiência de parto ((pré-parto, parto e pós-parto); Escala PCL-C e Escala de Edimburgo (EPDS))]	Dados não tabulados (questionário sobre experiência de parto (pré-parto, parto e pós-parto); Escala PCL-C e Escala de Edimburgo (EPDS))
329	329	247	135	112

A pesquisa segue em andamento (após entrega da Dissertação do Mestrado) e incluirá os dados das demais 112 puérperas que já responderam aos questionário sobre experiência de parto (pré-parto, parto e pós-parto), Escala PCL-C e Escala de Edimburgo (EPDS). Após tabulação dos dados, será realizada análise e posteriormente os resultados serão apresentados em Congressos* e submetidos em forma de artigo

Tabela 2. Histórico das Entrevistas em relação a Tabulação no Banco de Dados e relação de perdas e recusa na participação da entrevista a partir da 6ª. Semana da data do parto.

Entrevistas realizadas no puerpério imediato até 72 pós-parto (questionário sobre dados sócio-demográficos, antecedentes obstétricos e dados pré-natal)	Entrevistas realizadas a partir de 6 semanas da data do parto (questionário sobre experiência de parto (pré-parto, parto e pós-parto); Escala PCL-C e Escala de Edimburgo (EPDS))	PERDAS (as mulheres não foram contatadas: mudança de telefone, telefone fora de área, telefone desligado)	RECUSA
329 (100%)	247 (75%)	70 (21%)	11 (3.34%)

3.5 INSTRUMENTOS

3.5.1 Questionários

* Apresentação submetida e aceita para o “16th International Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology” na mesa “The Brazilian Society of Psychosomatics Obstetrics & Gynaecology Symposium: Impact of sexuality, pre-menstrual syndrome and childbirth on women’s health and well being” de 28 a 30 de outubro de 2010.

- Foi desenvolvido o questionário (anexo 2) para obter dados sócio-demográficos, dados sobre antecedentes obstétricos, e dados sobre pré-natal das pacientes. Foi elaborado majoritariamente por perguntas fechadas, e algumas questões abertas.
 - Este primeiro questionário contou com a contribuição de parte de um questionário utilizado na pesquisa “Resultados da assistência ao parto de gestantes de baixo risco em Hospitais ‘Galba’ e Hospitais ‘Típicos’: um estudo comparativo com pesquisa de viabilidade de randomização”, sob a autorização, e Coordenação, da Profa. Carmem Simone G. Diniz-Faculdade de Saúde Pública, e Escola de Artes, Ciências e Humanidades (pesquisa em andamento, ainda não publicada).
 - As características sócio-demográficas, antecedentes obstétricos e dados do pré-natal avaliadas foram: cor da pele, ter outros filhos além do recém-nascido, quantos, e se estes moram com ela, situação conjugal, atividade remunerada, número de pessoas que moram na residência, se os avós moram junto com ela, e se recebe algum tipo de benefício. Também foram avaliados o número de gravidezes e partos, se já teve cesariana e parto normal, quantos partos cesarianas e quantos partos normais, se fez pré-natal e em que tipo de

serviço (SUS e privado), se pré-natal contribui para o momento do parto, se recebeu informações sobre alívio da dor no pré-natal, se tinha preferência por tipo de parto, se companheiro tinha preferência por tipo de parto, se foi visitar local de parto, se acha que visitar local de parto contribui para o momento do parto.

- Questionário sobre a Experiência de Parto (anexo 3), {desde a admissão no hospital (pré-parto), parto e pós-parto imediato (até 72 horas pós-parto)}, foram investigados: sentir segurança no atendimento, medo de alguma ocorrência com a saúde do bebê, sentir vergonha, sentir que a equipe se importava com seu bem-estar, sentir algum outro medo (exceto com o bebê), sentir confiança na equipe, se falaram algo que a deixou abalada, ter feito exame de toque, rompimento da bolsa, profissional se apresentar (dizer seu nome), ser informada sobre procedimentos, ser cutucada na sala de parto, percepção sobre dor, tipo de parto, e pode o bebê ir junto para o quarto, idade gestacional {pré-termo (até 37 semanas) a termo (após 37 semanas)}, se ter acompanhante pode ajudar ou atrapalhar, ser colocado soro, repouso no hospital, tipo de serviço, de ser cuidada.

3.5.2 Escalas para avaliar o transtorno de estresse pós-traumático pós-parto e depressão pós-parto

3.5.2.1. Escala *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist - Civilian Version* (PCL-C)

- Escala PCL-C: *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist - Civilian Version* (PCL-C) (anexo 4) foi desenvolvida nos Estados Unidos em 1993, em duas versões, uma para a população civil e outra para militares, por Weathers, Litz, Huska e Keane, do *National Center for PTSD* (EUA). Realizada a Equivalência Semântica da versão em português para rastreamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (desfecho), por William Berger e colaboradores (BERGER et al, 2004). Esta escala auto-aplicável é composta por 17 itens que avaliam os três grupos de sintomas: revivescências (critério B: recordações aflitivas; pensamentos recorrentes; sonhos; *flashbacks*; etc.), comportamento evitativo/entorpecimento emocional (critério C: evitar pessoas, pensamentos, atividades ou lugares que lembrem o evento traumático; lapsos de memória; etc.) e hiperexcitabilidade (critério D: hipervigilância; insônia; resposta de sobressalto).

- O questionário foi adaptado à situação de parto, modificando a referência de “experiência estressante do passado” por “experiências do parto” .
- Foi considerada como portadora de estresse pós-traumático aquelas que tiveram pelo menos uma (1) resposta nas questões de 1 a 5 (critério B), três (3) respostas nos itens 6 a 12 (critério C) e duas (2) respostas entre as questões 13 a 17 (critério D).

3.5.2.2. Escala de Edimburgo (EPDS)

- Escala de Edimburgo (EPDS) (anexo5) (COX et al,1987), validada no Brasil por SANTOS et al (1995) para o rastreamento da Depressão Pós-Parto (DPP) é uma escala auto-aplicável, composta de 10 ítems, com pontuação máxima de 30 pontos, resposta do tipo *likert*, amplamente utilizada na literatura nacional e internacional, com tradução em onze idiomas, e submetida a estudos de validade nacional. (BERLE et al, 2003; COUTINHO e SARAIVA, 2008; CRUZ et al, 2005; GARCIA-ESTEVE et al, 2003; SANTOS et al, 1999), e também por estar presente em alguns estudos que estudam e avaliam a co-morbidade entre TEPT PP e DPP (WHITE et al (2006) (MARGIS, 2003) (Creedy,1999). Cada ítem aborda sintoma ou sinal relacionado à depressão (humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono,

perda de apetite, perda de prazer, diminuição do desempenho, culpa e ideação suicida). A mãe escolhe as respostas que melhor descrevem o modo como tem se sentido na última semana, aferindo pontuação de 0 a 3 , de acordo com a presença ou intensidade do sintoma.

- Foi considerada como portadora de provável depressão pós-parto escores $(\geq)$ 12 na Escala EPDS que corresponde ao número de corte utilizado em estudos brasileiros, com maior adequação ao contexto do país. (SANTOS et al, 1999)

3.6. PROCEDIMENTOS

No período do pós-parto imediato até 72 horas após-parto:

As puérperas foram convidadas a participarem da pesquisa e uma vez orientadas e em acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1), preencheram o questionário sobre dados sócio-demográficos, dados sobre antecedentes obstétricos e dados sobre o pré-natal.

A partir de 6 semanas da data do parto

As pacientes foram contatadas, por telefone, onde foram aplicados:

- Questionário sobre Experiência de Parto (Pré-Parto, Parto e Pós-Parto);
- Escala PCL-C;
- Escala de Edimburgo (EPDS).

3.6.1. Aplicação dos Instrumentos:

O prazo para aplicação das Escalas PCL-C e Escala de Edimburgo (EPDS) deve-se:

- A. Ao fato de afastar as influências do período do blues do pós-parto, podendo estar presente entre 15% a 80% das mulheres - nos primeiros dias até as duas primeiras semanas pós-parto (FAISAL-CURY et al, 2008);

- B.** De acordo com o DSM-IV (APA, 1994) (*anexo6*) para critérios e diagnósticos do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, a duração da perturbação tem que ser superior a 1 mês ao evento estressante;
- C.** De acordo com o CID-10 (*anexo7*), os critérios diagnósticos do Transtorno de Estresse Pós-Traumático devem ser preenchidos dentro de 6 meses do evento estressante.
- D.** Período este de 6 semanas a partir da data do parto, semelhante a estudos encontrados na literatura (WHITE et al, 2007) (SKARI et al, 2002) (AYERS e PCIKERING, 2001) (CZARNOCKA e SLADE, 2000) (CREEDY et al, 2000).

3.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA E TRATAMENTOS DE DADOS:

- Os conteúdos dos registros dos dois questionários - dados sócio-demográficos, antecedentes obstétricos e dados do pré-natal, e experiência de parto (pré-parto, parto e pós-parto), e das Escalas PCL-C e Escala EPDS, foram tabulados e digitados no programa Epi.Info 6.02, e analisados pelo programa Stata 10.1.
- Nos dois questionários, dados sócio-demográficos, antecedentes obstétricos e dados do pré-natal e experiência de parto (pré-parto, parto e pós-parto), constaram questões fechadas e abertas, que foram utilizadas para posterior

tematização, ilustração e detalhamento das variáveis identificadas a partir das falas das mulheres. Estes conteúdos foram trabalhados a partir da definição de núcleos de significado, categorias gerais e específicas que permitiram a descrição e aprofundamento da análise temática dos mesmos, sob à luz da literatura especializada, a partir de uma perspectiva de gênero.

- As variáveis foram descritas por meio medidas de tendência central, dispersão, frequências e proporções. As diferenças entre público e privado foram analisadas por meio de testes de diferenças entre proporções (qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher quando o qui-quadrado for inadequado) com nível de significância de 5%.
- Na comparação das 135 puérperas que participaram da entrevista a partir de 6 semanas da data do parto, com as 194 mulheres que não participaram (não entraram no banco), as variáveis utilizadas foram: tipo de serviço, idade, cor de pele, situação conjugal, escolaridade e trabalho remunerado. O teste utilizado nesta comparação foi o qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. Foi considerada diferença estatisticamente significativa aquela com $p < 0,05$.
- Para a estimação dos fatores associados, as variáveis dependentes (desfechos) foram o estresse pós-traumático avaliada pela Escala PCL-C, e a depressão pós-parto foi avaliada pela Escala de Edimburgo (EPDS). Na Escala PCL-C foi considerada ter estresse aquelas que tiveram pelo menos uma resposta nas questões de 1 a 5, 3 respostas nos itens 6 a 12 e 2 respostas

entre as questões 13 a 17, e na Escala de Edimburgo (EPDS) foi considerado o escore de 12 pontos na somatória de todas as questões.

- As variáveis independentes utilizadas foram divididas em dois subgrupos, um relacionados ao referido pelas mulheres e o outro relativo ao modelo de assistência, ou seja, atitudes concretas. As variáveis foram analisadas independente do momento (pré-parto, parto, pós-parto). Nos subgrupos sobre os sentimentos referidos pelas mulher foram: segurança em relação aos atendimento, medo de alguma coisa acontecer com o bebê, vergonha, sentir que a equipe se preocupava com seu bem-estar, sentir confiança na equipe, qualquer outro medo, exceto com o bebê; e algo que a deixou abalada. Relacionadas ao modelo de assistência foram: ter feito exame de toque fez exame de toque, a bolsa estourou naturalmente, o profissional se apresentou, foi informada dos procedimentos, ficaram cutucando na sala de parto, sentiu dor em algum momento, tipo de parto, bebê foi para o quarto após o nascimento, idade gestacional (atual), ter tido bebê “a termo” e “pré termo”; colocação de soro, satisfação com o repouso no hospital, tipo de serviço, escolaridade, categorizada em “1 a 8” e “> 8 anos”; e filhos prematuros na gestação anterior.
- Para a seleção das relevantes aos temas (estresse pós-traumático pós-parto e depressão pós-parto) adequadas ao tamanho da amostra (135), optamos pelos critérios metodológicos abaixo:

1. Primeiramente selecionamos as variáveis que apresentaram $p < 0,10$ na análise univariada (qui-quadrado).

2. Após esta primeira seleção, realizamos análise de componente principal com rotação que possibilitou a redução por agrupamento das variáveis em cada subgrupo (sentimentos referidos pelas mulheres e modelo de assistência). Para a escolha do número de componentes em cada subgrupo consideramos coeficientes acima de 1. Depois verificamos a representação de cada variável dentro dos componentes, considerando aquele acima de 0,3.
 3. Após a definição dos componentes, realizamos o modelo de Poisson robusto com os componentes.
 4. Por fim, analisamos as variáveis que compunham os componentes que mostraram-se associados ($p < 0,05$) no modelo anterior.
- Esclarecemos que escolhemos o modelo de Poisson robusto por resultar em *Razão de Prevalência*, evitando superestimação quanto a magnitude e melhor ajuste de modelo para estudos transversais e com prevalência de desfecho $\geq 10\%$.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA:

- Todas as mulheres foram orientadas quanto ao objetivo da pesquisa, voluntariedade de participação e desistência à qualquer momento. Foram informadas sobre os objetivos e etapas da pesquisa.

- Todas as pacientes receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além do contato (telefone celular) da pesquisadora para se caso sentissem necessidade, pudessem entrar em contato com a mesma.
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que neste projeto de pesquisa envolve seres humanos, foi baseado na Resolução CNS/196 de 10/10/96. (anexo1).
- O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de ética da FSP-USP e Comitê de Ética do Hospital Santa Angelina.
- Após término da pesquisa, para os casos identificados com Transtorno de Estresse Pós-Traumático segundo a Escala PCL-C, e Depressão Pós-Parto segundo a Escala de Edimburgo, a Direção do Hospital Santa Angelina será comunicada, assim como à paciente (e seus familiares) será aconselhada e orientada a procurar atendimento especializado em Saúde Mental.

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO - DEMOGRÁFICAS

A amostra total analisada foi composta por 329 mulheres, entre elas 179 (54,4%) atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 150 (45,6%) atendidas pelo Sistema Privado de Saúde (convênios e particulares) representando a Saúde Suplementar.

Conforme a caracterização das 329 puérperas, as mulheres do serviço privado eram em média 1 ano mais velhas. A maioria do setor público relatou cor de pele parda, enquanto na privada foi a cor branca a mais relatada. Ainda, foi observado que no setor público as mulheres têm outros filhos além do atual (recém-nascido), que moram junto com ela; a maior parte delas vive em união consensual, apresentam menor escolaridade, sem atividade remunerada, com maior número de pessoas que moram na casa.

Em ambos os setores, a maioria das mulheres não recebem outros benefícios e moram junto com avós. Nas demais variáveis não foram observadas diferenças estatisticamente significativa. (Tabela 1)

Tabela 3. Características sócio-demográficas das puérperas do Hospital Santa Angelina segundo o tipo de atendimento. São Paulo 2010.

Variáveis	Público		Privado		P
	N	%	N	%	
Cor de pele*					0,018
Branca	68	39,08	75	51,37	
Parda	82	47,13	44	30,14	
Negra	19	10,92	20	13,70	
Amarela/indígena/outra	5	2,87	7	4,79	
Ter outro filho (além do recém-nascido)					<0,001
Sim	115	64,25	66	44,00	
Não	64	35,75	84	56,00	
Número de filhos***					
1	65	56,52	44	66,67	
2	35	30,43	17	25,76	
3	7	6,09	5	7,58	
≥4	8	6,96	0	0,00	
Média		1,73		1,40	0,131
DP		1,27		0,63	
Mora junto com outros filhos					0,001
Sim	103	57,54	59	39,33	
Não	76	42,46	91	60,67	
Situação conjugal					<0,001
Casada	53	29,61	78	52,00	
Solteira	17	9,50	11	7,33	

“continua”

Tabela 3. Características sócio-demográficas das puérperas do Hospital Santa Angelina segundo o tipo de atendimento. São Paulo 2010

“continuação”

Variáveis	Público		Privado		P
	N	%	N	%	
Divorciada	4	2,23	1	0.67	
União consensual	105	58,66	60	40.00	
Escolaridade					<0,001
1-4	4	2,23	1	0.67	
5-8	53	29,61	10	6.67	
9 – 11	112	62,57	121	80.67	
≥12	10	5,59	18	12.00	
Média**		9,39		10,72	<0,001
DP		2,29		1,47	
Atividade remunerada					<0,001
Sim	77	43,02	117	78.00	
Não	102	56,98	33	22.00	
Quantas pessoas moram na residência***					
Sozinha	0	0,00	2	1.33	
2	48	26,82	68	45.33	
3	66	36,87	42	28.00	
4	29	16,20	25	16.67	
5	18	10,06	7	4.67	
≥6	18	10,06	6	4.00	
Média**		3,52		2,92	0,001
DP		1,62		1,19	

“continua”

Tabela 3. Características sócio-demográficas das puérperas do Hospital Santa Angelina segundo o tipo de atendimento. São Paulo 2010

“continuação”

Variáveis	Público		Privado		P
	N	%	N	%	
<i>Alguém recebe outro benefício</i>					0,001
Sim	32	18,50	9	6,16	
Não	141	81,50	137	93,84	
<i>Mora junto com avós***</i>					
Sim	8	4,47	0	0,00	
Não	171	95,53	150	100,00	

*Por questões metodológicas retirou-se da análise os ignorados. Entre eles: idade gestacional 45 registros sem informação da data da última menstruação (23 público e 22 privado); cor de pele 9 sem informação (5 público e 4 privado); alguém recebe outro benefício 10 sem respostas (6 público e 4 privado)

** Teste de hipótese entre as variáveis contínuas foi Mann-Whitney. Optou-se por esse teste em todos os casos, por que se rejeitou a hipótese da normalidade ou da homogeneidade em maioria das variáveis testadas.

*** Nas variáveis que contêm caselas 0 retirou-se o valor de “p”.

4.2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E DADOS DE PRÉ-NATAL

As mulheres do setor público apresentaram maior número médio de gravidez e partos, e menor proporção de cesarianas e maior de partos normais. Porém, no setor privado estava distribuído equilibradamente ter e não ter parto normal.

No pré-natal a maioria das mulheres teve 6 ou mais consultas nos setores públicos e privados, para os respectivos grupos de mulheres. Nos dois grupos foi observado que não receberam informações sobre medidas para alívio da dor.

Tabela 4. Características relacionadas aos antecedentes obstétricos das puérperas do Hospital Santa Angelina e dados de pré-natal segundo o setor público e privado.

São Paulo.2010.

"continuação"

Variáveis	Público		Privado		P
	N	%	N	%	
Número de gravidezes (incluindo a atual)*					<0,001
1	51	28,81	75	50,00	
2	59	33,33	44	29,33	
3	39	22,03	23	15,33	
≥4	28	15,82	8	5,33	
Média**		3,48		1,77	<0,001
DP		10,28		0,94	
Número de partos (incluindo o atual)					<0,001
1	59	32,96	84	56,00	
2	66	36,87	43	28,67	
3	38	21,23	19	12,67	
≥4	16	8,94	4	2,67	
Média**	2,17		1,62		<0,001
DP	1,33		0,80		
Já teve cesariana (incluindo o atual)					<0,001
Sim	70	39,11	92	61,33	
Não	109	60,89	58	38,67	
Quantas cesarianas					0,001
1	44	62,86	75	81,52	
2	15	21,43	16	17,39	
≥3	11	15,71	1	1,09	

"continua"

Tabela 4. Características relacionadas aos antecedentes obstétricos das puérperas do Hospital Santa Angelina e dados de pré-natal segundo o setor público e privado.

São Paulo.2010

“continuação”

Variáveis	Público		Privado		P
	N	%	N	%	
Média		1,58		1,19	0,0028
DP		0,90		0,42	
<i>Parto normal</i>					<0,001
Sim	134	74,86	78	52,00	
Não	45	25,14	72	48,00	
<i>Quantas partos normais</i>					0,153
1	53	39,55	40	51,28	
2	43	32,09	24	30,77	
≥3	38	28,36	14	17,95	
Média		2,08		1,70	
DP		1,35		0,85	
<i>Fez pré-natal</i>					0,461
Sim	174	97,21	148	98,67	
Não	5	2,79	2	1,33	
<i>Consultas privadas*</i>					<0,001
Nenhuma	158	91,86	12	8,45	
1 a 5	5	2,91	13	9,15	
≥6	9	5,23	117	82,39	
Média		0,56		8,42	<0,001
DP		1,93		4,59	

“continua”

Tabela 4. Características relacionadas aos antecedentes obstétricos das puérperas do Hospital Santa Angelina e dados de pré-natal segundo o setor público e privado. São Paulo.2010. “continuação”

Variáveis	Público		Privado		P
	N	%	N	%	
Consultas públicas*					<0,001
Nenhuma	7	4,02	115	78,77	
1 a 5	22	12,64	11	7,53	
≥6	145	83,33	20	13,70	
Média		7,59		1,44	<0,001
DP		2,94		3,17	
Pré- natal contribui momento do parto*					0,782
Sim	154	88,51	128	87,67	
Não	20	11,49	17	11,64	
Não sabe	0	0,00	1	0,68	
Receber informações sobre medidas para alívio da dor*					0,040
Sim	26	15,03	35	24,14	
Não	147	84,97	110	75,86	
Tinha preferência por tipo de parto*					0,047
Sim	155	87,57	142	94,67	
Não	11	6,21	6	4,00	
Qual a equipe decidiu	11	6,21	2	1,33	

“continua”

Tabela 4. Características associadas às informações sobre o pré-natal das puérperas do Hospital Santa Angelina segundo o setor público e privado. São Paulo, 2010.

(continuação)

Variáveis	Público		Privado		P
	N	%	N	%	
Normal	128	82,58	113	79,58	
Cesárea	23	14,84	26	18,31	
Outro	4	2,58	3	2,11	
Preferência por parto do companheiro*					0,190
Sim	89	50,86	88	59,46	
Não	49	28,00	39	26,35	
O que a equipe decidiu	37	21,14	21	14,19	
Qual parto pelo companheiro					0,006
Normal	82	92,13	67	77,01	
Cesárea	7	7,87	20	22,99	
Foi visitar locais de parto durante o pré-natal*					<0,001
Sim	14	7,91	57	38,00	
Não	163	92,09	93	62,00	

“continua”

Tabela 4. Características relacionadas aos antecedentes obstétricos das puérperas do Hospital Santa Angelina e dados de pré-natal segundo o setor público e privado.

São Paulo.2010

(continuação)

Variáveis	Público		Privado		P
	N	%	N	%	
Acha que conhecer locais ajuda*					<0,001
<i>Ajuda muito</i>	76	42,46	107	71,81	
<i>Ajuda um pouco</i>	39	21,79	21	14,09	
<i>Nem ajuda ou atrapalha</i>	34	18,99	12	8,05	
<i>Deixa nervosa</i>	30	16,76	9	6,04	

*Por questões metodológicas retirou-se da análise os ignorados, com número de gravidezes 2 ignorado no setor público; pré-natal 9 não responderam (5 público e 4 privado); informações fornecidas 11 ignorados (6 público e 5 privado); preferência das mulheres por algum parto 2 pública não responderam; preferência do companheiro por algum parto 6 não responderam (4 público e 2 privado).

** Teste de hipótese entre variáveis contínuas foi Mann-Whitney. Optou-se por esse teste em todos os casos, por que se rejeitou a hipótese da normalidade ou da homogeneidade em maioria das variáveis testadas.

Não foram visitar locais de parto no pré-natal 92,09% mulheres do serviço público e 62% do privado, mas 42,46% e 71,8% respectivamente, acham que ajuda muito conhecer os locais de parto. (Tabela 4)

4.3. Dados Sobre a Experiência de Parto (Pré-Parto, Parto e Pós-Parto), Transtorno de Estresse Pós-Traumático Pós-Parto (Escala PCL-C) e Depressão Pós-Parto (Escala De Edimburgo- EPDS) Colhidas a Partir de 6 Semanas da data do Parto

A tabela 5 apresenta a comparação das 135 puérperas que participaram da entrevista realizadas a partir de 6 semanas da data do parto, com as informações das 194 mulheres que não participaram (não entraram para o banco), da amostra total de 329 mulheres.

Conforme a tabela 5, observa-se que exceto o tipo de serviço, as mulheres apresentam as mesmas características. Isto significa que não há diferenças sociodemográficas entre elas.

Tabela 5. Frequências e proporções das características sociodemográficas e o tipo de serviço segundo a participação das mulheres na entrevista realizada a partir da 6ª. Semana da data do parto.

Variáveis	Não participaram		Participaram	
	n	%	n	%
Tipo de serviços				
Publico	88	45,4	91	67,4
Privado	106	54,6	44	32,6
P	<0,001			
Idade				
<20	12	6,2	11	8,1
20-24	50	25,8	48	35,6
25-29	67	34,5	36	26,7
30-34	41	21,1	26	19,3
35-39	16	8,2	11	8,2
40-44	8	4,1	3	2,2
P	0,358			
Cor de pele				
Sem resposta	14	7,2	7	5,2
Branca	80	41,2	63	46,7
Parda	75	38,7	51	37,8
Negra	25	12,9	14	10,4
P	0,706			

“continua”

Tabela 5. Frequências e proporções das características sociodemográficas e o tipo de serviço segundo a participação das mulheres na entrevista realizada a partir da 6^a. Semana da data do parto. “continuação”

Variáveis	Não participaram		Participaram	
	n	%	n	%
Situação conjugal				
Casada	83	42,8	48	35,6
Solteira	16	8,3	12	8,9
Divorciada	3	1,6	2	1,5
União consensual	92	47,4	73	54,1
P				0,595
Escolaridade				
1-4	3	1,6	2	1,5
5-8	38	19,6	25	18,5
9-11	134	69,1	99	73,3
≥12	19	9,8	9	6,7
P				0,761
Atividade remunerada				
Sim	121	62,4	73	54,1
Não	73	37,6	62	45,9
P				0,140

4.3. DADOS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE PARTO (PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO)

A maioria das mulheres da amostra total: sentiu segurança no atendimento, sentiu medo em relação a algo sobre acontecer com o bebê, sentiu vergonha, sentiu confiança na equipe e que a equipe se preocupava com seu bem-estar. Ainda, fez exame de toque, a bolsa não estourou naturalmente, o profissional se apresentou, foi informada dos procedimentos, foi cutucada em algum momento, sentiu dor, o bebê foi para o quarto após o nascimento, não colocou soro, ficou satisfeita com o repouso no hospital, foi atendida em serviço público, tinha maior que 8 anos de estudo, não tinha filho prematuro e estava em idade gestacional (atual) a termo. Quanto ao tipo de parto estava distribuído equilibradamente entre cesária e normal.

4.3. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO PÓS-PARTO (TEPT PP) SEGUNDO A ESCALA PCL-C

O estresse analisado segundo a escala PCLC foi observado 14 (10,4%) mulheres das 135 entrevistadas a partir de 6 semanas da data do partos.

Entre as mulheres que desenvolveram o transtorno de estresse pós-traumático (PCL-C), a maior parte: teve medo em relação ao bebê (92,9%), sentiu que a equipe não se

preocupou com o seu bem estar (64,3%), não sentia confiança na equipe (71,4%), fez exame de toque repetidos (71,4%), a bolsa foi rompida artificialmente (92,9%), o profissional não se apresentou (57,1%), não foi informada dos procedimentos (71,4%), foi cutucada na sala de parto (57,1%), não sentiu dor (64,3%), fez cesária (78,6%) e o bebê não foi para o quarto após o nascimento (64,3%). As demais variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 6. Frequências e proporções total e segundo a ocorrência do transtorno de transtorno de estresse pós-traumático das variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher e ao modelo de assistência.

Variáveis	PCLC				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Relativas ao sentimentos referidos pela mulher						
Segurança no atendimento						
Sim	85	89,5	10	10,5	95	100,0
Não	36	90,0	4	10,0	40	100,0
P	0,927					
Medo de algo acontecer com o bebê						
Não	48	98,0	1	2,0	49	100,0

“continua”

Tabela 6. Frequências e proporções total e segundo a ocorrência do transtorno de transtorno de estresse pós-traumático das variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher e ao modelo de assistência.

“continuação”

Variáveis	PCLC				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Sim	73	84,9	13	15,1	86	100,0
P	0,018					
Sentiu vergonha	<i>“continua”</i>					
Não	110	91,7	10	8,3	120	100,0
Sim	11	73,3	4	26,7	15	100,0
P	0,051					
Sentiu que a equipe se preocupava com seu bem estar						
Sim	84	94,4	5	5,6	89	100,0
Não	37	80,4	9	19,6	46	100,0
P	0,017					
Sentia confiança na equipe						
Sim	81	95,3	4	4,7	85	100,0
Não	40	80,0	10	20,0	50	100,0
P	0,008					
Sentiu medo, exceto com bebê						
Não	71	93,4	5	6,6	76	100,0

“continua”

Tabela 6. Frequências e proporções total e segundo a ocorrência do transtorno de transtorno de estresse pós-traumático das variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher e ao modelo de assistência. “continuação”

Variáveis	PCLC				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Sim	50	84,8	9	15,2	59	100,0
P	0,153					
Falaram algo que a deixou abalada						
Não	111	91,0	11	9,0	122	100,0
Sim	10	76,9	3	23,1	13	100,0
P	0,136					
Relativas ao modelo de assistência						
Exame de toque						
Não	6	60,0	4	40,0	10	100,0
Sim	115	92,0	10	8,0	125	100,0
P	0,011					
A bolsa estourou naturalmente						
Sim	44	97,8	1	2,2	45	100,0
Não	77	85,6	13	14,4	90	100,0
P	0,034					
Profissional se apresentou						
Sim	89	93,7	6	6,3	95	100,0
Não	32	80,0	8	20,0	40	100,0
P	0,028					

“continua”

Tabela 6. Frequências e proporções total e segundo a ocorrência do transtorno de transtorno de estresse pós-traumático das variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher e ao modelo de assistência.

“continuação”

Variáveis	PCLC				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Foi informada dos procedimentos						
Sim	82	95,4	4	4,6	86	100,0
Não	39	79,6	10	20,4	49	100,0
P				0,007		
Ficaram cutucando na sala de parto						
Não	100	92,6	8	7,4	108	100,0
Sim	21	77,8	6	22,2	27	100,0
P				0,035		
Sentiu dor em algum momento						
Não	34	79,1	9	20,9	43	100,0
Sim	87	94,6	5	5,4	92	100,0
P				0,012		
Tipo de parto						
Normal	66	95,6	3	4,4	69	100,0
Cesária	55	83,3	11	16,7	66	100,0
P				0,024		
Bebê foi para o quarto						

“continua”

Tabela 6. Frequências e proporções total e segundo a ocorrência do transtorno de transtorno de estresse pós-traumático das variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher e ao modelo de assistência.

“continuação”

Variáveis	PCLC				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Sim	96	95,0	5	5,0	101	100,0
Não	25	73,5	9	26,5	34	100,0
P	0,001					
Idade gestacional (atual)						
a termo	89	93,7	6	6,3	95	100,0
pré termo	32	80,0	8	20,0	40	100,0
P	0,028					
Ter acompanhante						
Não ajuda-atrapalha	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Ajuda	118	90,1	13	9,9	131	100,0
P	0,358					
Colocou soro						
Não	48	85,7	8	14,3	56	100,0
Sim/não sabe	73	92,4	6	7,6	79	100,0
P	0,257					
Repouso no hospital						
Satisfeita	91	92,9	7	7,1	98	100,0
Insatisfeita	30	81,1	7	18,9	37	100,0
P	0,059					

“continua”

Tabela 6. Frequências e proporções total e segundo a ocorrência do transtorno de transtorno de estresse pós-traumático das variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher e ao modelo de assistência.

“continuação”

Variáveis	PCLC				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Tipo de serviço						
Público	84	92,3	7	7,7	91	100,0
Privado	37	84,1	7	15,9	44	100,0
P	0,226					
Escolaridade						
1 a 8 anos	24	88,9	3	11,1	27	100,0
> 8 anos	97	89,8	11	10,2	108	100,0
P	1,000					
Filhos prematuros						
Não	104	92,0	9	8,0	113	100,0
Sim	17	77,3	5	22,7	22	100,0
P	0,053					

Entraram no modelo 04 variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher e 11 do modelo de assistência que apresentaram $p < 0,10$.

Após análise de componentes principais as 4 variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher se transformaram em dois componentes representados principalmente pelas variáveis conforme a tabela 7.

Tabela 7. Análise de componente principal das variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher

Variáveis	Componente 1	Componente2
Medo em relação ao bebê		69%
Sentiu vergonha		72%
A equipe se preocupava com seu bem estar	71%	
Confiava na equipe	70%	

Na tabela 8, observa-se que formou-se 5 componentes representados principalmente por 9 variáveis, ou seja, o repouso e o bebê foi para o quarto apresentaram fator < 1 por isto não entraram.

Tabela 8. Análise de componente principal das variáveis relativas ao modelo de assistência

Variáveis	Comp 1	Comp 2	Comp 3	Comp 4	Comp 5
Exame de toque				89%	
Bolsa estourou naturalmente					99%
Profissional se apresentou	59%				
Foi informada dos procedimentos	54%				
Cutucaram	57%				
Sentiu dor		-55%			
Tipo de parto		69%			
Bebê foi para o quarto		40%	62%		
Idade gestacional (atual)			77%		

Observa-se na univariada que apenas o componente 5 não foi estatisticamente significativo ($p>0,05$), assim não mostrou associação e foi critério de exclusão para entrar na análise múltipla. O componente 2 (modelo de assistência) também não entrou na múltipla por estar correlacionado com o 1 e com o 5. Deste modo, apresentaria colinearidade.

No modelo 1, variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher, os dois componentes permanecem associados e com a *razão de prevalência* ajustadas. No modelo 2, com a entrada dos componentes relativos ao modelo de assistência, o componente 1 dos sentimentos referidos pela mulher perdeu a significância, mas foi mantido no modelo por ter ajustado os demais coeficientes em pelo menos 10%.

Tabela 9. *Razão de prevalência bruta e ajustada* dos componentes relativos aos sentimentos referidos pela mulher e ao modelo de assistência.

Variáveis	Univariada		Múltiplo					
			Modelo 1		Modelo 2		Modelo final	
	RP _{bruta}	IC(95%)	RP _{ajus}	IC(95%)	RP _{ajus}	IC(95%)	RP _{ajus}	IC(95%)
Relativas aos sentimentos referidos pela mulher								
Componente 1	1,72	(1,1;2,6)	1,66	(1,1;2,5)	1,38	(0,9;2,1)	---	---
Componente 2	1,71	(1,2;2,3)	1,66	(1,2;2,3)	1,85	(1,3;2,6)	1,85	(1,3;2,6)
Relativas ao modelo de assistência								

“continua”

Tabela 9. Razão de prevalência bruta e ajustada dos componentes relativas aos sentimentos referidos pela mulher e ao modelo de assistência. “continuação”

Variáveis	Univariada		Múltiplo			
			Modelo 1	Modelo 2	Modelo final	
Componente 1	1,55	(1,2;2,0)		1,24 (0,8;1,8)	---	---
Componente 2	2,02	(1,2;3,3)		---	---	---
Componente 3	2,00	(1,3;3,0)		1,65 (1,1;2,5)	1,65	(1,1;2,5)
Componente 4	0,68	(0,5;0,9)		0,75 (0,6;0,9)	0,75	(0,6;0,9)
Componente 5	2,33	(0,9;5,8)		---	---	---

Nota:

Modelo 1 – Variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher

Modelo 2 – Variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher + variáveis do modelo de assistência

Modelo final – modelo ajustado pelo componente 1 relativo aos sentimentos referidos pela mulher

Foi associado a estresse pós-traumático os componentes 2 dos referidos pela mulher 3 e 4 do modelo de assistência com $p < 0,05$. Assim foram utilizadas as variáveis independentes que mais representavam estes componentes para o modelo abaixo.

Na univariada, apenas medo em relação ao bebê não foi associada. Observamos que ter sentido vergonha e o bebê não ter ido para o quarto após o parto aumentou o risco em desenvolver estresse pós-traumático (PCL-C). Por outro lado, ter feito exame de toque foi fator de proteção, ou seja, reduziu o risco (associação negativa). O medo em relação ao bebê continuou sem associação, mas foi mantido para ajuste. Idade gestacional(atual) perdeu associação, mas também foi mantida para ajuste.

Tabela 10. Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis relativas aos componentes com $p < 0,05$ no modelo anterior.

Variáveis	Univariada		Múltipla	
	RP _{bruta}	IC(95%)	RP _{ajus}	IC(95%)
Vergonha	3,20	(1,1;8,9)	3,00	(1,1;8,5)
Medo em relação ao bebê	7,40	(0,9;55,3)	---	---
Bebê não foi para o quarto	5,34	(1,7;15,9)	3,26	(1,1;9,4)
Exame de toque	0,20	(0,1;0,6)	0,29	(0,1;0,7)
Idade gestacional (atual)	3,16	(1,1;9,1)	---	---

Nota:

Modelo múltiplo ajustado por medo em relação ao bebê e idade gestacional (atual).

4.3.3 Depressão Pós-Parto segundo a Escala de Edimburgo (EPDS)

A depressão pós-parto analisada segundo a Escala de Edimburgo foi observado 23 (17,0%) mulheres das 135 entrevistadas a partir das 6 semanas da data do parto.

Entre as mulheres que desenvolveram a depressão pós-parto, a maior parte: sentiu insegurança no atendimento (56,5%), não sentia confiança na equipe (69,6%), sentiu medo em algum momento (65,2%), não ficou abalada (78,3%), não foi informada dos procedimentos (69,9%), fez cesárea (69,6%), idade gestacional (atual) a termo (52,2%), não ficou satisfeita com o repouso no hospital (52,2%), atendida em serviço privado (52,2%) e não tinha filho prematuro (65,2%).

Tabela 11. Frequências e proporções total e segundo a ocorrência de depressão pós-parto das variáveis relativas ao sentimento e ao modelo de assistência.

Variáveis	EPDS				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Relativas aos sentimentos referidos pela mulher						
Segurança do atendimento						
Segura	85	89,5	10	10,5	95	100,0
Insegura	27	67,5	13	32,5	40	100,0
P	0,002					
Medo de algo acontecer com o bebê						
Não	44	89,8	5	10,2	49	100,0
Sim	68	79,1	18	20,9	86	100,0
P	0,153					
Sentiu vergonha						
Não	102	85,0	18	15,0	120	100,0
Sim	10	66,7	5	33,3	15	100,0
P	0,135					
Sentiu que a equipe se preocupava com seu bem estar						
Sim	78	87,6	11	12,4	89	100,0
Não	34	73,9	12	26,1	46	100,0
P	0,055					

“continua”

Tabela 11. Frequências e proporções total e segundo a ocorrência de depressão pós-parto das variáveis relativas ao sentimento e ao modelo de assistência.

“continuação”

Variáveis	EPDS				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Sentia confiança na equipe						
Sim	78	91,8	7	8,2	85	100,0
Não	34	68,0	16	32,0	50	100,0
P	0,001					
Sentiu medo, exceto com bebê						
Não	68	89,5	8	10,5	76	100,0
Sim	44	74,6	15	25,4	59	100,0
P	0,036					
Algo a deixou abalada						
Não	104	85,2	18	14,8	122	100,0
Sim	8	61,5	5	38,5	13	100,0
P	0,046					
Relativas ao modelo de assistência						
Exame de toque						
Não	8	80,0	2	20,0	10	100,0
Sim	104	83,2	21	16,8	125	100,0
P	0,679					

“continua”

Tabela 11. Frequências e proporções total e segundo a ocorrência de depressão pós-parto das variáveis relativas ao sentimento e ao modelo de assistência.

“continuação”

Variáveis	EPDS				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
A bolsa estourou naturalmente						
Sim	38	84,4	7	15,6	45	100,0
Não	74	82,2	16	17,8	90	100,0
P	0,813					
Profissional se apresentou						
Sim	82	86,3	13	13,7	95	100,0
Não	30	75,0	10	25,0	40	100,0
P	0,134					
Foi informada dos procedimentos						
Sim	77	89,5	9	10,5	86	100,0
Não	35	71,4	14	28,6	49	100,0
P	0,009					
Ficaram cutucando na sala de parto						
Não	92	85,2	16	14,8	108	100,0
Sim	20	74,1	7	25,9	27	100,0
P	0,249					
Sentiu dor em algum momento						

“continua”

Tabela 11. Frequências e proporções total e segundo a ocorrência de depressão pós-parto das variáveis relativas ao sentimento e ao modelo de assistência.

“continuação”

Variáveis	EPDS				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Não	33	76,7	10	23,3	43	100,0
Sim	79	85,9	13	14,1	92	100,0
P	0,222					
Tipo de parto						
Normal	62	89,9	7	10,1	69	100,0
Cesária	50	75,8	16	24,2	66	100,0
P	0,039					
Bebê foi para o quarto						
Sim	87	86,1	14	13,9	101	100,0
Não	25	73,5	9	26,5	34	100,0
P	0,114					
Idade gestacional (atual)						
a termo	83	87,4	12	12,6	95	100,0
pré termo	29	72,5	11	27,5	40	100,0
P	0,046					
Ter acompanhante						
Não ajuda-atrapalha	2	50,0	2	50,0	4	100,0
Ajuda	110	84,0	21	16,0	131	100,0

“continua”

Tabela 11. Frequências e proporções total e segundo a ocorrência de depressão pós-parto das variáveis relativas ao sentimento e ao modelo de assistência.

“continuação”

Variáveis	EPDS				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
P				0,135		
Colocou soro						
Não	42	75,0	14	25,0	56	100,0
Sim/não sabe	70	88,6	9	11,4	79	100,0
P				0,061		
Repouso no hospital						
Satisfeita	87	88,8	11	11,2	98	100,0
Insatisfeita	25	67,6	12	32,4	37	100,0
P				0,008		
Tipo de serviço						
Público	80	87,9	11	12,1	91	100,0
Privado	32	72,7	12	27,3	44	100,0
P				0,048		
Escolaridade						
1 -8	25	92,6	2	7,4	27	100,0
>8	87	80,6	21	19,4	108	100,0
P				0,164		
Filhos prematuros						

“continua”

Tabela 11. Frequências e proporções total e segundo a ocorrência de depressão pós-parto e das variáveis relativas ao sentimento e ao modelo de assistência.

"continuação"

Variáveis	EPDS				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Não	98	86,7	15	13,3	113	100,0
Sim	14	63,6	8	36,4	22	100,0
P	0,014					

Entraram no modelo 05 variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher e 07 do modelo de assistência que apresentaram $p < 0,10$.

Após análise de componentes principais as 5 variáveis relativas aos sentimentos se transformaram em dois componentes representados principalmente pelas variáveis conforme a tabela 12.

Tabela 12. Análise de componente principal das variáveis relativas ao sentimento referidos pela mulher

Variáveis	Componente 1	Componente2
Segurança atendimento		69%
Bem estar	72%	
Confiança na equipe	69%	
Algum medo		64%
Algo deixou abalada		32%

Na tabela 13, observa-se que formou-se 3 componentes representados principalmente pelas 7 variáveis do modelo de assistência

Tabela 13. Análise de componente principal das variáveis relativas ao do modelo de assistência

Variáveis	Componente 1	Componente 2	Componente 3
Foi informada dos procedimentos		60%	
Tipo de parto	58%		
Idade gestacional (atual)			69%
Colocou soro		61%	
Repouso no hospital		38%	
Tipo de serviço	70%		
Filho prematuro			63%

Observa-se na univariada que apenas o componente 2 do modelo de assistência não foi estatisticamente significativo ($p>0,05$), assim não mostrou associação e foi critério de exclusão para entrar na análise múltipla.

No modelo 1, variáveis relativas ao sentimentos, os dois componentes permanecem associados e com a *razão de prevalência* ajustas. No modelo 2, com a entrada dos componentes relativos ao modelo de assistência, o componente 1 do sentimento perdeu a significância, mas foi mantido no modelo por ter ajustado os demais coeficientes em pelo menos 10%.

Tabela 14. Razão de prevalência bruta e ajustada dos componentes relativas ao sentimento e ao modelo de assistência.

Variáveis	Univariada		Múltiplo					
			Modelo 1		Modelo 2		Modelo final	
	RP _{bruta}	IC(95%)	RP _{ajus}	IC(95%)	RP _{ajus}	IC(95%)	RP _{ajus}	IC(95%)
Relativas ao sentimento								
Componente 1	1,51	(1,1;2,0)	1,37	(1,0;1,8)	1,31	(0,9;1,7)	---	---
Componente 2	1,73	(1,3;2,3)	1,59	(1,2;2,1)	1,59	(1,1;2,1)	1,59	(1,1;2,1)
Relativas ao modelo de assistência								
Componente 1	1,66	(1,2;2,2)			1,46	(1,1;1,9)	1,46	(1,1;1,9)
Componente 2	1,23	(0,8;1,7)			---	---	---	---
Componente 3	1,66	(1,3;2,1)			1,59	(1,3;2,0)	1,59	(1,3;2,0)

Nota:

Modelo 1 – Variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher

Modelo 2 – Variáveis relativas aos sentimentos referidos pela mulher + variáveis do modelo de assistência

Modelo final – modelo ajustado pelo componente 1 das variáveis de sentimentos referidos pela mulher.

Foi associado a depressão pós-parto os componente 2 do sentimento e 1 e 3 do modelo de assistência com $p < 0,05$. Assim foram utilizadas as variáveis independentes que mais representavam estes componentes para o modelo abaixo.

Na univariada todas as variáveis foram associadas com depressão. Na múltipla, observamos que não ter segurança, algo tê-la deixado abalada e ter filho prematuro em gravidez prévia aumentou o risco em desenvolver depressão pós-traumático (DPP).

Tabela 15. Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis relativas aos componentes com $p < 0,05$ no modelo anterior.

Variáveis	Univariada		Múltipla	
	RP _{bruta}	IC(95%)	RP _{ajus}	IC(95%)
Segurança no atendimento	3,08	(1,5;6,5)	2,36	(1,1;5,1)
Algum medo	2,41	(1,1;5,3)	---	---
Algo a deixou abalada	2,60	(1,1;5,9)	3,03	(1,3;7,0)
Filho prematuro	2,73	(1,3;5,7)	2,93	(1,4;6,0)
Tipo de parto	1,34	(1,0;1,7)	---	---
Tipo serviço	1,50	(1,0;2,2)	---	---
Idade gestacional (atual)	2,17	(1,0;4,5)	---	---

Nota:

Modelo múltiplo ajustado por algum medo e tipo de parto. As variáveis idade gestacional (atual) saiu por apresentar colinearidade com filho prematuro e o tipo de serviço perdeu a significância e também não ajustou os demais coeficientes.

5. DISCUSSÃO

5.1. INÍCIO DO CAMPO

Em 17-04-2009 foi realizada a entrega do projeto da pesquisadora ao comitê de ética desta Faculdade – COEP-FSP-USP sendo dia 01-06-2009 divulgada a aprovação do projeto, mesma data em que ocorreu a Banca de Qualificação da pesquisadora. Após aprovação no COEP, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital - CEP no qual o campo seria realizado, Hospital Santa Angelina; Alguns obstáculos se fizeram presentes para que se desse início ao campo, como o atraso do Comitê do Hospital cuja aprovação decorreu somente após 4 meses da data de entrega do projeto, assim como mudanças importantes no objetivo central deste, o que retardou seu início imediato após aprovação..

Porém, mesmo já em posse da aprovação do comitê de ética do Hospital Santa Angelina, em função da mudança do objetivo de nosso projeto, tal modificação levou-nos a ter de reformular nossos referenciais metodológicos, assim como nossos instrumentos, resultando no atraso do início de nosso campo.

Finalmente, em novembro de 2009, iniciamos nosso campo, que contou com o auxílio de uma assistente de pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades, fruto da parceria criada entre a Escola de Obstetrícia- EACH e o Departamento Materno –Infantil desta Faculdade.

5.2. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS.

Em relação aos dados sócio-demográficos de nossa pesquisa, foram encontradas algumas proporções com a caracterização das mulheres pesquisadas na PNDS 2006, tais como: em nossa amostra, na variável “cor da pele” (considerando a soma de pardas e negras), 39,08% responderam “cor branca” e 58,05% “cor negra” - pacientes SUS - e, 51,37% - “cor branca” e 43,84% “cor negra” (considerando a soma de pardas e negras) - setor privado, enquanto para os valores da PNDS (região sudeste) verificou-se 35,8% “cor branca” e 56,9% “cor negra”, demonstrando maior proporção às pacientes SUS da pesquisa (Brasil, 2009)

Quanto a “idade materna”, comparando-se os dados da pesquisa com os dados da PNDS (região Sudeste), verificou-se uma maior proporção entre as pacientes do SUS, na faixa etária entre “20-24” anos de 35,20% para 29,90% (PNDS 2006), diferente das pacientes – setor privado, na faixa etária entre “25-29” anos com 35,3% para o mesmo valor de 35,3% (PNDS 2006), demonstrando equivalência no perfil das mulheres do setor privado com o perfil do setor privado identificado na PNDS, região sudeste.

Em relação a situação conjugal, grande parte de nossa amostra encontra-se em situação conjugal “com companheiro”, tanto no SUS – 88,27 % como no privado, com 92% , superiores aos dados da PNDS, com 62,8% SUS e 64,4% privado, o que se associa com a redução de risco para a DPP (RAY, 2001)

O dobro da taxa das puérperas, do SUS, possuem atividade registrada em carteira (carteira de trabalho), na proporção de 62,34% em comparação com 30,4% (PNDS-2006); a proporção também se mostrou maior, de 84,35% para 58,7% (PNDS) nas puérperas so setor privado.

5.3. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Em relação aos antecedentes obstétricos de nossa amostra (SUS e Privado), fizeram pré-natal, 97,21 (SUS) e 98,67(privado), valores estes próximos do encontrado na amostra brasileira de 99,8% (PNDS-2006) (Brasil,2009)

Estando de acordo com os parâmetros de atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada orientados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005), onde os estados e municípios devem seguir, a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, (preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação), em nossa amostra, relataram terem feito no “mínimo seis consultas” 83,33% (SUS) e 82,39% (privado) para 85,2% (SUS) e 96,7% (privado) (PNDS) respectivamente. No Brasil, este valore foi de 80,9% de mulheres para mulhers que fizeram seis ou mais consultas de pré-natal. (BRASIL, 2009)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1985), até 15% é a taxa recomenda de partos cesarianos, entretanto, dentre as mulheres do SUS de nossa pesquisa, 39,11% foi o valor relatado de cesariana anteriores, e de 61,33%, do

privado. Em relação ao parto atual, 51,1 % teve parto normal e 48,8% tiveram parto cesárea., não estando de acordo com as recomendadas pela OMS (1985), de até 15% o número de cesarianas.

5.4. SOBRE O PROCESSO DA PARTURIÇÃO E ASPECTOS RELACIONADOS.

Alguns estudos como o de CRUZ et al (2005) ressaltam que quanto maior a percepção de suporte social do marido, menor a prevalência de Depressão Pós-Parto, assim como o de Carvalho (2003) que resalta que, dentre as motivações dos casais para o acompanhamento do pai durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, estão “A proteção à mulher”; “a satisfação da mulher com a experiência de sentir-se protegida”; “o interesse do pai pelo nascimento do filho”, e “o sentimento de vínculo pai-bebê”.

HODNETT et al (2005), através de importante revisão sistemática refere que, os efeitos do suporte contínuo intraparto estão associados a maiores benefícios quando o provedor não é membro do corpo de funcionários. De acordo com a autora, a presença do acompanhante, escolhido pela parturiente, considerada pela maioria dos profissionais como um “problema”, pode se transformar numa oportunidade para que o serviço também se beneficie dessa presença. Para tanto, os profissionais devem interagir com esse acompanhante e fornecer orientações necessárias, no

momento da internação da parturiente para que essa pessoa desempenhe o papel de provedor de suporte. Esse acompanhante precisa ser visto como alguém que está vivenciando um momento especial, logo ele também precisa ser acolhido no contexto assistencial que está inserido. Isto poderá produzir um sentimento de confiança e reconhecimento do seu papel, que refletirá positivamente no desenvolvimento de suas atividades de conforto físico e emocional.

Em relação à receber informações sobre medidas para alívio da dor durante o pré-natal, menos da metade de nossa amostra (45,2%) foi informada sobre as possibilidades de medidas de alívio que contribuam para o momento do parto, porém, pode-se observar que muitas das mulheres referiram terem se utilizado também da orientação do cartaz “Caminhando para o Parto Normal – Movimente-se”, produzido pela JICA (Agência de Cooperação Internacional no Brasil) com posições e ações que favorecem o parto normal e que promovem alívio da Dor, afixados na maternidade, demonstrando que recursos visuais podem contribuir para a informação.

De acordo com o Manual do Ministério da Saúde “Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher”, algumas medidas não farmacológicas de alívio para a dor como exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento e a deambulação, auxiliam no alívio da dor durante o trabalho de parto. Outras medidas que também podem ser utilizadas são o banho de chuveiro ou de imersão, e massagens feitas por um acompanhante ou profissional de saúde (Brasil, 2001), assim como calor e frio superficiais, aromaterapia, musicoterapia, audioanalgesia, medidas que, apesar de ainda precisarem de maiores estudos de comprovação, são referidos pelas

mulheres como mecanismos de alívio, e tem sido associados a efeitos positivos na contribuição da analgesia não farmacológica para dor no trabalho de parto e nascimento (ENKIN et al, 2005)

De acordo com DINIZ (2005) a dor no parto pode ser potencializada por medidas que o iatrogenizam, como: a solidão, imobilização, uso abusivo de ocitócitos, manobra de Kristeller, episiotomia e episiorrafia desnecessárias, entre outras.

Em virtude do modelo de assistência no SUS e Privado do Hospital Santa Angelina serem semelhantes, optamos por estudar as duas populações de puérperas do setor público e privado, juntas, no que se refere aos dados do parto, estresse pós-traumático e depressão puerperal (ou depressão pós-parto-DPP).

5.5. SOBRE A PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO PÓS-PARTO (TEPT PP) E DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP), E FATORES ASSOCIADOS.

Neste estudo, em uma amostra de 135 puérperas encontramos uma prevalência de 10,4% segundo a PCL-C para estresse pós-traumático pós-parto, valor este maior do que encontrado na literatura de 1,7% (WIJMA et al, 1997); 3% (CZARNOCKA e SLADE,2000); 2,80% (AYRES e PICKERING, 2001); 5,60% (CREDEDY et al, 2000);0% (SKARI et al, 2002); 1,90% (SOET et al, 2003); 2,10% (OLDE et al, 2005). e a prevalência de 25% para a Depressão Puerperal (ou depressão pós-parto DPP) segundo a EPDS. De acordo com CRUZ (2005), a prevalência de DPP

apresenta índices que variam de 10 a 20%. Em um estudo brasileiro, coordenado por FAISAL-CURY et al (2004), foi encontrado uma prevalência de 15,9% de DPP.

Em relação à prevalência do TEPT PP encontrada em nosso estudo, faz-se necessário observar que a maioria das mulheres que participaram da entrevista a partir de 6 semanas da data do parto, a maior parte foi atendida pelo serviço público (67,4%), e considerando que no setor privado a prevalência de TEPT PP foi proporcionalmente o dobro da encontrada no SUS, e considerando que 78,6% de 135 mulheres fizeram cesariana, e o estresse pós-traumático ocorreu em maior proporção nos partos cesarianos do que nos partos normais, estes fatos podem ainda representar uma amostra subestimada.

Em relação à recusa em participar da entrevista no momento das 6 semanas da data do parto, das 329 mulheres de nossa amostra, 11 (3,34%) recusaram-se a responder à entrevista, destas, 3 (três) referiram não querer falar sobre o momento do parto, e as outras 8 (oito) não quiseram relatar o motivo da recusa, porém, de acordo com o DSM-IV, evitar pensar, falar ou ter contato com qualquer pessoa, coisa, ou lugar descritos no critério C para diagnóstico, que podem reaviver o trauma, (APA,1997), fato este que também pode interferir na subestimação de uma prevalência do TEPT PP.

Entre as mulheres que desenvolveram o TEPT PP segundo a PCL-C, que “sentiram medo que algo pudesse acontecer com o bebê”, “sentiram emoções negativas durante a parturição”, “sentiram que a equipe não se preocupou com o seu bem estar”, ou “não confiava na equipe”, corroboram com os achados de OLDE et al (2005) que refere que emoções negativas no parto como tristeza e vergonha, além da

ocorrência de algum problema relacionado ao bebê, estão relacionadas à gravidade do estresse pós-traumático pós-parto (ou transtorno de estresse pós-traumático pós-parto- TEPT PP).

*“...eu estava focada na obstetra, mas a auxiliar falava que eu tinha que aguentar”
(n.1) (privado).*

*“Não me deixaram ligar para meu esposo, pois o anestesista não ia esperar”
(n.086)”*

*“me sentí humilhada pela demora da autorização do convênio”
(n.62) (privado)*

*“A auxiliar falou num tom agressivo, impaciente, de que eu era obrigada a suportar, que era assim que tinha que ser, que não importava a minha dor....”
“era uma palpiteira”
(n.1) (privado).*

*“Os médicos estavam muito agitados e eu fiquei assustada, não sabia o que estava acontecendo.”
(n.19) (SUS).*

*“Os médicos foram estúpidos e não explicavam nada”
(n.62) (privado).*

*“Eles estavam prestando mais atenção em me transferir do que em mim...” (n.154)
(SUS)*

“ah esse menino parece que nasceu com defeito” (n.80) (SUS)

Nas mulheres que desenvolveram o estresse a maior parte teve medo que algo em relação ao seu bebê pudesse acontecer. Para ADEWUYA et al (2006), ser acometida

por procedimentos de urgência e ter a “sensação de perda de controle” são mais vulneráveis à ocorrência do TEPT PP.

*“ A preocupação sempre existe...”
(n.1) (privado).*

*“Fiquei com medo que o meu filho morresse”
(n.19) (SUS)*

*“porquê o médico falou que a minha vida e a do bebê estava em risco”
(n.51) (SUS)*

*“Tive medo pois o médico falou que ela corria risco de vida porque era a 5ª.
Cesárea”
“Faz logo o parto, fecha logo porque senão pode virar óbito”
(n.077) (SUS)*

“...que o bebê estava em sofrimento fetal”(n.086) (SUS)

*“Tive medo pois o bebê teve parada respiratória”
(n.134) (privado).*

Não ter recebido informações está associado ao TEPT PP na maior parte das mulheres, reforçando a literatura que diz que, não ser informada sobre os procedimentos que lhe são aplicados, acaba por interferir na predisposição e desenvolvimento do TEPT PP. (SOET et al, 2003) (CZARNOCKA e SLADE, 2000).

No estudo qualitativo de Beck (2004), sobre TEPT PP com 38 mulheres, demonstra que as mulheres sentem necessidade marcante de entender o que está acontecendo com elas e como foi o parto.

*“ ...eu tava sendo observada e isto era estranho, e por ter pessoas que não estavam tendo utilidade e só ficavam observando”
(n.1)(SUS)*

*“Os médicos estavam muito agitados e eu fiquei assustada, não sabia o que estava acontecendo”
(n.19)(SUS)*

“porque faziam o que queriam, sem dar valor ao que eu dizia..” (n.077) (SUS)

*“os médicos foram estúpidos e não explicavam nada”
(n.72) (Privado)*

De acordo com ZAMBALDI (2009), mulheres que apresentaram sintomas dissociativos ou emoções negativas no parto, assim como pouco apoio da equipe de saúde, são mais vulneráveis para o estresse pós-traumático pós-parto.

Em relação a Depressão Pós-Parto(DPP) ou Depressão Puerperal, de acordo com a Escala de Edimburgo (EPDS) 23 (17%) mulheres apresentaram escore ($\geq$ a 12 pontos), sem diferenças entre públicos e privados.

Observou que no parto a variável sobre “algo que disseram que deixou a mulher abalada” foi associada à DPP, tal como para o TEPT PP citado anteriormente.

De acordo com RAY e HODNETT (2001) o suporte emocional durante o trabalho de parto se associa com a redução de riscos para a DPP.

*“Eu estava muito nervosa, e a equipe não me passava confiança”
(n.139) (privado)*

Das 23 mulheres que preencheram a EPDS, 131 (91,3%) mulheres responderam sobre a presença do acompanhante ajudar durante o parto, confirmando os achados de Bruggemann et al (2007) que refere que, a presença do acompanhante, escolhido

pela parturiente, considerada pela maioria dos profissionais um “problema”, pode gerar resultados maternos benéficos, e contribui para a satisfação com a experiência do parto.

Quanto a sentir “dor” em algum momento, apesar de não apresentarem valores significativos estatisticamente, vê-se através dos relatos, que a percepção da dor está diretamente associada a outros fatores que não só os fatores físicos, como a qualidade da relação que estabelece com seus cuidadores. Para HODNETT (2002), a dor e satisfação da mulher em relação ao seu parto está diretamente associada às influências e cuidados oferecidos pelos profissionais da saúde, assim como intervenções médicas e continuidade do cuidado.

“Parecia que estava queimando..era uma ardor muito grande”... “Foi horrível, sentí dor e ardor.., a obstetra ficava abrindo a vagina para baixo, como se fosse uma sacola, um elástico, era para ajudar mas eu acabava sentindo dor...”.
(n.1) (privado)

“A partir do momento que eu cheguei, e fiquei sentada com aquele avental, eu estava pelada e já fiquei constrangida. A anestesista entrou jogando a mala no chão e já chegou falando alto, parecia que tinha algo errado com o procedimento, e ela foi soltando os cachorros e não ligou que eu estava lá pra ter um filho, totalmente insensível. Depois ela me deu anestesia e eu deitei, ela me perguntou se eu estava sentindo as pernas e eu disse que sim. Aí ela fez um procedimento e disse que eu não estava sentindo nada e que já podiam começar. Ela falou como se eu não tivesse entendendo o que eu estava sentindo, pois era algo psicológico e para mim, era dor. Toda esta situação me incomodou bastante, não via a hora dela sair da sala, foi a pior parte do parto, foi horrível”(n.06, durante um parto cesariana)
(n.6) (público)

“Achei que eles deviam ficar mais comigo...falado comigo” (n.226) (privado)

Apesar de não apresentar significância estatística, das 23 mulheres que preencheram a pontuação da EPDS, 18 (78,3%) tiveram medo que algo de ruim pudesse acontecer com o bebê, porém sem

*“A preocupação sempre existe. Juntamente eu tava sendo observada e isto era estranho, e por ter pessoas que não estavam tendo utilidade e só ficavam observando”
(n.1)(privado)*

“Como eu ví que tava demorando muito, é uma demora que parece uma eternidade, pensava que o problema era com o bebê que eles não estavam conseguindo tirar o meu filho, pela posição, ou pensava que o bebê não estivesse respirando ou alguma complicação maior (n.6)(público)

*“Como demorou muito para fazer a cesárea, fiquei com medo dela fazer cocô na barriga”
(n.43) (privado)*

“Fiquei com medo porque o médico falou que a minha vida e a do bebê estava em risco” (n.51) (SUS)

*“tive medo pois a PA alta (pressão alta) podia prejudicar o bebê”
(n.62) (privado)*

*“Tive medo pois p bebê teve parada respiratória”
(n.134)(privado)*

“Já tinha passado uma semana do nascimento...fiquei com medo de fazer cocô na minha barriga...” (n154) (SUS)

“O bebê pode sair com algum defeito...” (n.012) (SUS)

6. CONCLUSÃO

O TEPT PP e a DPP são temas complexos que recentemente tem ganhado a atenção de pesquisadores. Algumas mulheres acabam por desenvolver estes transtornos (de ansiedade e de humor) no período puerperal, interferindo na sua qualidade de vida, e nas relações com seu bebê e família. Tanto para os profissionais como para a própria mulher e sua família, a percepção dos limites entre o que é patológico e o que é fisiológico é ainda sutil, o que acaba por gerar dificuldades diagnósticas, e sentimentos de culpa na paciente.

Observou-se que o Modelos de assistência à mulher no processo de parturição, assim como a a capacidade dos indivíduos lidarem com as situações de vulnerabilidade, estão associadas ao desenvolvimento do TEPT e DPP. De acordo com PERES et al (2005) pesquisas na área da neurociências tem mostrado que os reguladores e os moduladores mais importantes na aquisição, formação e evocação de memórias são as emoções e o nível de consciência.

Dentre os fatores mais associados ao estresse encontram-se questões relacionadas à relação cuidador-paciente, à atenção e bem-estar da mulher durante a parturição, e da da forma como a comunicação entre eles se estabelece, favorecendo ou dificultando relações de confiança durante a assistência.

As escalas utilizadas para o rastreamento do TEPT baseadas em sua maioria no DSM-IV apresentam limites e considerações. De acordo com McDONALD e CALHOUN (2010) Escalas como a PCL-C apresenta limitações, como o fator de não estar incluso o critério A para diagnóstico - “ter vivido alguma situação estressante

recentemente”. Apesar da PCL-C ser amplamente utilizada, é uma escala para o rastreamento de TEPT que não específica para o momento do parto.

Dentre as variáveis que apresentaram associação com o TEPT PP estão “o profissional se apresentar” e a “mulher ter vivido alguma situação que a deixou com vergonha” e “alguém ter dito algo que a deixou abalada” durante o parto, assim como em relação à associação com a depressão puerperal ou depressão pós-parto (DPP), também “alguém ter dito algo que a deixou abalada”, demonstrando ser as dimensões relacionais com a equipe da assistência obstétrica, fatores essenciais associados ao desenvolvimento do Estresse Pós-Traumático Pós-Parto (TEPT PP) e Depressão Pós-Parto (DPP).

Os profissionais de saúde devem ser cuidadosos e estarem atentos pois podem gerar grande ansiedade desnecessária na paciente. Sentir-se bem acolhida, respeitada durante o atendimento, como por exemplo, os profissionais tratarem as pacientes com consideração, se apresentarem antes de realizar um procedimento, serem cuidadosos em relação à como de comunicam com as mulheres., e mesmo com mulheres que estejam passando por reais perigos de vida ou de seu bebê, são da relação com o cuidador, são características que interferem diretamente na percepção e desenvolvimento do estresse e da depressão.

A identificação de mulheres que experimentaram o parto de maneira traumática no hospital, e posterior encaminhamento destas à profissionais de saúde especializados, como em saúde mental da mulher no puerpério, podem representar medidas preventivas para o desenvolvimentos dos transtornos de ansiedade ligados a

experiência de parto, como o TEPT PP, e transtornos do humor, como a Depressão Pós-Parto (DPP).

Faz-se necessário ressaltar que, das 14 (quatorze) puérperas que pontuaram a escala para o TEPT PP (PCL-C) $\{(\geq) 12$ pontos} 12 delas também desenvolveram a depressão pós-parto, o que reforça a importância dos estudos sobre o desenvolvimento da co-morbidade entre os dois transtornos e a sobreposição de sintomas, o que torna o diagnóstico nem sempre fácil, exigindo estratégias de prevenção, rastreamento e tratamento. (White, 2006)

Algumas rotinas hospitalares precisam ser conduzidas com cuidado, como por exemplo o fato de algumas mulheres não ficarem com seus bebês após o parto e as altas taxas de cesárea no modelo univariado foi fortemente associado.

Estas questões relativas ao modelo de assistência devem também ser estudadas como questões associadas ao sofrimento materno como o transtorno de Estresse Pós-Traumático e Depressão Pós-Parto.

Vê-se necessária a compreensão acerca da medicina efetiva baseada em evidências, de uma assistência obstétrica menos intervencionista e atenta à qualidade das interações entre cuidador e paciente

Por fim, há que se considerar a limitação deste estudo referente ao atual número de mulheres pesquisadas, o que pode interferir nos valores estatisticamente significativos, a falta de outras variáveis como a existência de problemas psiquiátricos anteriores à gestação, e a presença de TEPT e DPP durante a gestação.

7. REFERÊNCIAS

- Adewuya A, Ologun Y, Ibigbami O. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG*. 2006;**113**:284–288.
- Andrykowski MA, Cordova MJ, Studts JL, Miller TW. Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: Prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist – Civilian Version (PCL-C) as a screening instrument. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;**66**(3):586-590.
- APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4.ed. Washington DC; 1994.
- Ayers S. Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth*. 2007;**34**(3):253-263.
- Bastos MHS, Bick D, Rowan CJ, Small R, McKenzie-McHarg K. Debriefing for the prevention of psychological trauma in women following childbirth [protocol]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;**2**:1-9.
- Beck CT, Barnes DL. Post-traumatic stress disorder in pregnancy. *Ann Am Psychother Assoc*. 2006.
- Beck CT. Post traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res*. 2004;**53**(4):16-224.
- Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs.Res*. 2001;**50**(5):275-285.
- Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002; **324**:942-945.
- Berger W, Mendlowicz, MV, Souza FS, Figueira I. Equivalência semântica da versão em português da *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version* (pcl-c) para rastreamento de transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Psiquiatr. Rio Gd Sul*. 2004;**26**(2):167-175.
- Berle JO, Aare TF, Myklentun A, Dahl AA, Holsten F. Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Pos-Natal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J. Affect Disord*. 2003;**76**(1-3):151-6,
- Born L, Phillips S S, Steiner M, Soares C. Trauma e ciclo reprodutivo feminino. *Rev Bras e Psiquiatr*. 2005;**27**(2):S65-72.

Brasil. Lei no. 11.108, de 7 de abril de 2008. Altera a Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS. Diário Oficial da União, 8 abr. 2005.

Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Cad. Saúde Pública. 2005;21(5):1316-1327.

BTA – The Birth Trauma Association. Post natal stress disorder/Acesso em 06/06/2009. Disponível em: http://www.birthtraumaassociation.org.uk/publications/Post_Natal_PTSD.pdf

Caldeyro-Barcia R. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; 1979.

Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino AY, Gonsales BK, Braguittoni E, Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Rev Psiquiatr Clín. 2006;33(2):1-15.

Carvalho ML M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. Cad Saúde Pública. 2003;19(2):389-398.

Coutinho MPL, Saraiva ERA. Depressão pós-parto: considerações teóricas. Estud Pesq Psicol. 2008;8(3):759-773.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of 10 item Edinburgh Pos-Natal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987;150:782-6

Creedy D K, Shochet M, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. Birth 2000; 27(2):104-111.

Creedy D K. Post natal depression and post posttraumatic stress disorder. What are the links? Birth Issues.1999;8:125-130.

Cruz EBS, Simões GL, Faisal Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família. 2005;27(4):181-188.

Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. Br J Clin Psychol. 2000;(39):35-51.

David L Sackett, William M C Rosenberg, J A Muir Gray, R Brian Haynes, W Scott Richardson. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312:71-72.

De Barbieri T. Sobre la categoria género: una introducción teorícometodológica In: Axerredo SE, Stolch V organizador. Direitos reprodutivos. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; 1991.

Dias JF. O renascimento do parto discurso e identidade [tese de doutorado]. Brasília(DF): Universidade de Brasília; 2007.

Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009;19(2):313-326.

Diniz CSG, Chacham A S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesárias e episiotomias em São Paulo. Questões Saúde Reprod. 2006;(1):80-91.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(3):627-637.

Domingues RMS, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. Cad Saúde Pública. 2004; 20(1):552-562.

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E., Hofmeyr J. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Faisal-Cury A, Meekness PR, Tedesco JJA, Kahalle S, Zugaib M. Maternity “blues”: prevalence and risk factors. Spanish Psychol. 2008;11(2):593-599.

Faisal-Cury A, Tedesco JJA, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. 2004; 7:123–131.

Faisal-Cury A. Depressão puerperal: relação com os eventos vitais estressantes, modo de enfrentamento e níveis de ácido 5 hidroxiindolacético [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001.

Faúndes A, Pádua K S, Osis MJD, Cecatti JG, Susa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. Rev. Saúde Pública. 2004; 38(4):488-494.

Figueira I, Mendlowicz M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. Re Bras Psiquiatr. 2003;25(1):12-6.

Figueiredo e tal (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (Qesp)*. Psicol Saúde e Doenç. 2004;5(2):159-187.

Gamble J, Creedy D. Contento f postpartum counselling after a distressing birth experience: a review. 2004;31(3)213-218.

Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord.* 2003;75(1):71-76.

Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública.* RJ. 1994; 10(1):146-155.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyer GJ, Sakala C. Continuous support for woman during childbirth. (Cochrane Review): Cochrane Library Issue 2005;(2).

Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 May;186(5):160-72.

Hotimsky SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Estud Feministas.* 2002;10:461-481.

Hotimsky SN, Rattner D, Venâncio SI, Bógus CM, Miranda MMM. O Parto como eu vejo...ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública.* 2002;18:1303-1311.

Kapczinski F, Margis R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. *Rev Bras e Psiquiatria.* 2003;25(1):3-7.

Lima JV, Siabra GOV. Assistência ao parto/ perspectiva de humanização. *Rev Baiana Enferm.* 2006;20(1/3):79-82.

McDonald SD, Calhoun OS. The diagnostic accuracy of the PTSD checklist: a critical review. *Clín. Psychol Rev.* 2010;1-43.

Maggioni C, Margola D, Filippi F. PTSD, risk factors and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *Jo Psychosom Obstet Gynecol* 2006;27(2):81-90.

Margis R. Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção? *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(1):17-20.

Melo V, Leal I, Marroco J. Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde; 2006; Faro, Portugal:407-413.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher – Brasília(DF); 2001.

Ministério da Saúde. Infor Atenção Básica. 2004;5(22):1-2. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Ano V. Maio/Junho. 2004.

Ministério da Saúde; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília(DF); 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico Brasília(DF); 2005.

Moares IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência de depressão pós-parto e fatores associados. *Ver Saúde Pública*. 2006;40(1):60-70.

Olde E, van der Hart O, Kleber RJ, van Son MJM, Wijnen HAA, Pop VJM. Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *J Trauma Dissociation*. 2005;6(3):125-142.

Peres JFP, Mercante JPP, Nasello AG. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Rev Psiquiatr RS*. 2005;27(2):131-138

Pincus J. Birth Crisis; media reviews: *Birth*. 2007;34(1):96-97.

Ray KL, Hodnett ED. Caregiver support for postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(3):CD000946.

Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface Comunic Saude Educ*. 2009;13(1):595-602.

Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Can Med Assoc J*. 1997;156(6):831-835.

Rezende J. Obstetrícia fundamental. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992.

Roso M. Escalas de avaliação de transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998;25(6).

Santos MFS. Depressão pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras [dissertação de mestrado]. Brasília(DF): Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 1995.

Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín*. 1999;26:90-95.

Sass N. Impacto dos grandes estudos multicêntricos sobre a prática obstétrica. *Rev Bras. Ginecol Obstet*. 2006; 28(12):691-692.

Schestatsky S, Shansis F, Ceintlin LH, Abreu PB, Hhauck S. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 25(1):8-11.

Shewengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe e bebê. *Estud Psicol.* 2003;8(3):403-411

Skari H, Skreden M, Malt UF, Daltholt M, Ostensen AB, Egelend T, et al. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth: a prospective population-based study of mothers and fathers. *Br J Obstet Gynaecol.* 2002;109:1154-63.

Soet JE, Brack GA., Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth.* 2003; 30:36-46.

Stein MB, Mcquaid JR, Pedrelli P. Post-traumatic stress disorder in the primary care medical setting. *Gen Hosp Psychiatry.* 2000; 22:261-9.

Villar J, Valladares E, Wojdyla D. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 World Health Organization survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet.* 2006;367(9525):1819-1829.

Waldenström U, Hildingsson II, Rubertsson C, Râdestad I. A negative birth experience and risk factors in a national sample. *Birth.* 2004;31(1):17-27.

White T, Matthey S, Boyd k, Barnett B. Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: prevalence, course and co-occurrence. *J Reproducti Infant Psychol.* 2006;24(2):107-120.

Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Post-traumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord.* 1997;11(6):587-597.

Wijma, K., Wijma, B. and Zar, M. 'Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J of Psychosom Obstet e Gynecol.* 1998;19(2)8-97.

World Health Organization. Care in normal birth; a Practical Guide, Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. Geneva; 1996.

World Health Organization. Appropriate technology for birth". *Lancet.* 1985;2(8452); 436-437.

World Health Organization. World health day: safe motherhood. Geneva; 1998.

Zambaldi CF, Cantilino A, Sourgey EB. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão de literatura. *J Bras Psiquiatr.* 2009;4:252-257.

ANEXOS

Anexo 1- Termo de Consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, de uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte deste estudo, preencha o questionário abaixo. Em caso de recusa, agradecemos o tempo disposto até aqui.

Em caso de dúvida você pode procurar o pesquisador responsável, Daniela de Almeida Andretto, através dos números de telefone: 11- 8302-9795

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- 1) **Pesquisadora Responsável:** Daniela de Almeida Andretto
- 2) **Telefone para contato** (inclusive ligações a cobrar): 11- 8302-9795
- 3) **Objetivo da pesquisa:** esta é uma pesquisa que tem como objetivo:
 - a) Buscar compreender as experiências vividas pelas mulheres durante o parto e nascimento de seu bebê, principalmente as que considerem esta experiência ruim, difícil.
 - b) Saber quais os sentimentos envolvidos durante o período do pré-parto ao nascimento
 - c) Verificar como estas mulheres encontram-se nos meses subsequentes ao parto e o que pensam sobre o parto que viveram.
- 4) **Esta pesquisa está ligada à alguma instituição?**

Esta pesquisa está ligada ao Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Eu sou elegível para esta pesquisa?

- a. Se vc é mulher
- b. Se vc é maior (igual) a 18 anos
- c. Se vc já teve um parto recentemente
- d. Se vc é capaz de ler e escrever português fluente.

5) E se eu quiser desistir da pesquisa?

Você tem total liberdade para escolher se quer participar da pesquisa, assim como liberdade para deixar de participar por qualquer motivo, a qualquer hora. Caso precise interromper e depois retornar, você será bem-vinda a qualquer momento.

6) Quanto tempo leva?

Caso se interesse por participar, a pesquisa ocorrerá em dois momentos: na primeira etapa aplicaremos um questionário, que poderá demorar aproximadamente 15 minutos e na segunda etapa, lhe telefonaremos para que responda ao 2º. questionário, que poderá demorar aproximadamente- 1 hora.

7) O que acontecerá com minhas informações (respostas)?

Se aceitar em participar, seu nome será armazenado, porém não aparecerá em nenhum lugar, pois usaremos a ética do anonimato.

POR FAVOR, CLIQUE NAS FRASES ABAIXO PARA CONSENTIR FAZER PARTE DESTE ESTUDO)

Eu confirmo que eu li e entendi a informação dada para este estudo ☐

Eu entendi que minha participação é voluntária e que sou livre para sair a qualquer hora ☐

Eu entendo que citações podem ser tiradas das minhas respostas nos relatos, e que estas citações serão anônimas. ☐

Eu entendo que todos os dados pessoais dos participantes obtidos e processados são estritamente confidenciais. ☐

Sou mulher e sou maior de 18 anos. ☐

Eu tive um parto recentemente ☐

Anexo 2- Questionário Dados Sócio-demográficos, antecedentes obstétricos e dados de pré-natal

1-) Dados Sócio Demográficos

Entrevistadora: *agora vou fazer perguntas referentes à você, seu dia a dia.*

Data: ____/____/____ No. do prontuário HSM:

Número na pesquisa [] [] [] Inic: _____ leito: _____

1.0) (1) Usuária setor público (2) usuária setor privado

1.1) Qual o dia de seu parto ____/____/____

1.2) Idade? ____ [] [] anos ____

1.3) Você se considera: _____

[1] Branca [2] Parda [3] Negra [4] amarela [5] indígena [6] Outros

1.4) Filhos: _____

[1] sim Quantos? _____ [2] Não

1.5) Situação Conjugal: _____

[a] casada [b] solteira [c] divorciada ou separada [d] união consensual

[e] viúva [f] outros

1.6) Escolaridade _____

Qual a última série que terminou com aprovação?

1.7) Exerce alguma atividade remunerada? Cód CBO: _____

[1] sim Qual? _____ [2] Não (pular para (1.9)

[3] está de licença [4] outros _____

1.8) Esta atividade é registrada em carteira (emprego formal)? _____

[1] sim [2] Não

1.8.a Se não, qual a periodicidade da atividade?

1.9) A casa que a sra. mora é:

- [1] própria – já paga [2] própria - pagando
[3] alugada [4] cedida [5] outros _____

1.10) Quantas pessoas moram com a sra., (incluindo a sra)?

- [1] moro sozinha [] [] número de pessoas

1.11) A sra.poderia me dizer quem são eles?

- [1] companheiro/cônjuge [2] mãe [3] pai
[4] irmãos [5] sogra/sogro [6] cunhado/cunhada [7] avó/avô
[8] filhos [9] ela mesma [10] outros _____

1.12) A sra.poderia me dizer quem são as pessoas que ajudam no sustento da casa?

- [1] companheiro/cônjuge [2] mãe [3] pai [4] irmãos
[5] sogra/sogro [6] cunhado/cunhada [7] ela mesma [8] outros _____

1.13)Alguém da casa recebe algum outro benefício?

- [1] sim [2] não [3] não sabe

1.14) Quando a sra. precisa de alguma informação sobre a sua saúde, a sra. procura:

- [1] família [2] médico particular [3] médico convênio [4] internet
[5] Posto de Saúde (SUS) [6] Agente de Saúde
[7] outros _____

1.15) Quando a sra. precisa de alguma informação sobre saúde de seu bebê a sra. procura:

- [1] família [2] médico particular [3] médico convênio [4] internet
[5] Posto de Saúde (SUS) [6] Agente de Saúde
[7] outros _____

2-) Dados Antecedentes Obstétricos

Entrevistadora: *agora vou fazer perguntas referentes à sua vida reprodutiva.*

2.0) Qual foi a data da sua última menstruação?

____/____/____ referência: _____ [3] Não sabe

2.1) Quantas gravidezes a sra. já teve, contando com esta?

[] [] gravidezes

2.2) Quantos partos a sra. já teve durante toda a sua vida, contando com este?

[] [] partos

2.3) A sra. já teve algum filho prematuro?

[1] sim - até 32 sem. de gestação [2] sim - até 36 6/7 sem de gestação

[3] não (se não, pule para 2.5) [4] não sei

2.4) A sra. lembra do peso dele?

[1] sim, P: _____ kg [2] não

2.5) A sra. perdeu algum bebê (teve algum aborto) durante a gestação?

[1] até 22 sem. [2] de 22 até 28 sem. [3] depois de 28 sem [4] não

2.6) A sra. teve um bebê que tenha nascido morto?

[1] sim [2] não

Textual: _____

2.7) A sra. já teve algum filho que tenha falecido logo depois do nascimento?

[1] 24-48 hrs pós-parto [2] até 28 dias pós-parto [3] não

2.8) A sra. já teve alguma cesariana?

[1] sim quantas ____ [2] não

2.9) A sra. já teve algum parto normal?

[1] sim quantos ____ [2] não

2.10) Sobre esta última gravidez, quando ficou grávida deste bebê a sra.:

[a] queria engravidar

[b] queria esperar mais um pouco

[c] não queria engravidar

[d] tanto fazia

[e] outros

3-Informações sobre o Pré-Natal

Entrevistadora: Agora vou fazer perguntas referentes ao seu pré-natal.

3.1) A sra. Fez pré-natal?

[1] sim [2] não

Se sim, [] [] consultas _____ público _____ privado

3.2) A Sra. acha que ter feito pré-natal contribuiu, a fez sentir-se mais segura, para o momento do parto?

[1] sim [2] não [3] Não sabe

3.3) Algum profissional durante o pré-natal forneceu as seguintes informações sobre o parto?

(Entrevistador: pode assinalar mais de uma afirmativa)

[1] Sim [2] Não

[a] Sinais de início do trabalho de parto e momento para ir ao hospital

[b] Possibilidade de ingerir líquidos ou alimentos durante o trabalho e parto

[c] Liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto

[d] Medidas para o alívio da dor durante o trabalho de parto, sem ser anestesia com medicamento

[e] Posições que poderia adotar durante o parto

3.4) A Sra. Tinha preferência por algum tipo de parto?

[1] sim qual _____

[2] não tinha preferência

[3] o que a equipe decidiu estava bom

[4] Não sabe

Por quê

Textual: _____

3.5) Seu companheiro/família tinha preferência por algum tipo de parto?

[1] sim qual _____

[2] não tinha preferência

[3] o que a equipe decidiu estava bom

[4] Não sabe

Textual: _____

3.6) A Sra. sentia-se à vontade para conversar no pré-natal sobre os tipos de parto?

- [1] sim (pular para 3.8) [2] não
[3] alguma vezes [4] Não sabe

3.7) O que acha que faltou para conversar sobre os tipos de parto?

- [1] mais tempo para a consulta
[2] a equipe se mostrar disponível para as minhas dúvidas
[3] me sentir à vontade para falar
[4] Não sabe
[5] Outro

Textual _____

3.8) A Sra. foi visitar alguns locais de parto durante o pré-natal?

- [1] sim Qual(quais) _____
[2] não

3.9) A Sra. acha que conhecer alguns locais de parto durante o pré-natal?

- [1] Ajuda muito a mulher a ficar mais tranqüila
[2] Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranqüila
[3] Nem ajuda nem atrapalha
[4] Deixa a mulher mais nervosa

Anexo 3- Dados sobre a Experiência de Parto (pré-parto, parto e pós-parto)

Questionário Parte 2

Nome: _____ Data 2ª. Entrev. _____ Data 1ª.

Entrev. _____

No. da 1ª. Entrev _____ Data do parto:

_____ TP: _____

4-) Dados sobre a experiência de parto

Entrevistadora: *agora vou fazer perguntas referentes à sua experiência de parto, sobre o que achou e sentiu sobre seu parto.*

A- Informações sobre a Admissão no Hospital/CPN

Entrevistadora: *neste primeiro momento, vou fazer perguntas referentes ao primeiro serviço que procurou até ser internada.*

Vamos chamar esta fase de admissão.

4.1) Quando a Sra. saiu de casa para o Hospital/CPN, alguém a acompanhou?

[1] sim [2] não [3] Não se lembra

4.2) Se sim, quem?

[1] companheiro [2] mãe [3] amiga [4] irmã [5] sogra
[6] avó [7] cunhada [8] outros _____

4.3) A sra. acha que ter um acompanhante nesta hora:

[1] Ajuda muito a mulher a ficar mais tranqüila
[2] Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranqüila

[3] Nem ajuda nem atrapalha

[4] Deixa a mulher mais nervosa

4.4) Como a sra. foi para a maternidade?

[1] De carro/taxi [1] Ônibus/trem [1] Ambulância [1] A pé [1]
Outro _____

4.5) A sra. conseguiu ser internada para o parto na primeira maternidade que procurou?

[1] Sim [2] Não. Por quê? (textual)

4.6) Se não, como foi para outra maternidade?

[1] De carro/taxi [1] Ônibus/trem [1] Ambulância [1] A pé [1]
Outro _____

4.7) Quanto tempo a Sra. demorou para ser atendida (consulta) após fazer a ficha de admissão (recepção)?

- [1] Em até 15 min [4] De 1 à 2 horas.
 [2] Em até 30 min. [5] De 2 à 3 horas
 [3] De 30 a 60 min [6] Outros _____

4.8) Durante a consulta, realizaram exame por baixo, o toque na vagina?

- [1] sim Quantas vezes [] [] [2] não [3] Não se lembra

4.9) Durante a consulta, o profissional que a atendeu se apresentou, falou o nome dele (a sra. não precisa dizer o nome dele)?

- [1] sim [2] não [3] Não se lembra

4.10) Durante a consulta, o profissional que a atendeu, pediu licença para examiná-la ou explicou o que iria fazer(a sra. não precisa dizer o nome dele)?

- [1] sim [2] não [3] Não se lembra

4.11) Quanto a esta consulta que a sra. recebeu (em relação ao atendimento recebido), a sra se sentiu:

- [a] muito segura [b] segura [c] ora segura, ora insegura [d] insegura
 [e] muito insegura [f] em pânico, desesperada [g] Outros _____

4.12) Durante a consulta alguém falou algo ou fez algo que a tenha deixado com medo, assustada, abalada, ofendida (a sra. sentiu-se ameaçada fisicamente ou psicologicamente por alguém)?

- [1] Sim. Por quê? (textual) [2] Não.

4.13) Durante a consulta, a sra. teve medo que algo ruim pudesse estar acontecendo com seu bebê ?

- [1] Sim. Por quê? (textual) [2] Não.

4.14) Durante a consulta, a sra. sentiu que a equipe não estava prestando atenção no que a sra. estava dizendo (que não estava sendo ouvida pela equipe)?

[1] Sim. Por quê? (textual) [2] Não.

4.15) Após ser atendida , a sra. foi internada?

[1] Sim. Por quê? (textual)

[2] Não. Por quê? (textual)

4.16) Quanto tempo demorou para ser internada (após ter sido atendida)?

[1] Em até 15 min [2] Em até 30 min. [3] De 30 a 60 min

[4] De 1 à 2 horas [5] De 2 à 3 horas [6] Outros _____

4.17) Ao ser internada seu acompanhante pôde ficar com a sra.:

[a] o tempo todo

[b] Somente durante a consulta depois pediram que ele fosse embora.

[c] Só depois da consulta, quando fui para o quarto

[d] ele não pode me acompanhar em nenhum momento.

[e] Outros _____

Seção B: Informações sobre o pré-parto

Entrevistadora: *Agora vou fazer perguntas referentes ao momento que a sra. internou até o momento que teve vontade de fazer força para o bebê nascer.*

Vamos chamar esta fase de pré-parto.

5.1) A sra. acha que ter um acompanhante nesta hora de pré-parto:

[1] Ajuda muito a mulher a ficar mais tranqüila

[2] Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranqüila

[3] Nem ajuda nem atrapalha

[4] Deixa a mulher mais nervosa

5.2) Quando você estava no pré-parto, foi colocado soro na veia?

[1] Sim [2] Não (se não pule para 5.4) [3] Não sabe

5.3) Se sim, responda a questão seguinte (múltipla resposta): foi posto no soro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)?

[1] Sim [2] Não percebeu diferença [3] As dores aumentaram um pouco
[4] As dores aumentaram muito [5] Não [6] Não sabe

5.4) A bolsa rompeu espontaneamente ou foi rompida pelo médico/enfermeiro?

[1] naturalmente, antes de chegar à maternidade
[2] naturalmente, após chegar à maternidade
[3] parcialmente naturalmente e terminada de romper pelo médico/enfermeiro
[4] Artificialmente, rompida pelo médico/enfermeiro
[5] Não sabe

5.5) Realizaram exame por baixo, o toque na vagina – durante o pré-parto?

[1] sim Quantas vezes [] [] [2] não [3] Não se lembra

5.6) O profissional que a atendeu se apresentou, falou o nome dele? (a sra. não precisa dizer o nome dele).

[1] sim [2] não [3] Não se lembra

5.7) O profissional que a atendeu, pediu licença para examiná-la ou explicou o que iria fazer?

[1] sim [2] não [3] Não se lembra

5.8) A sra. era informada sobre o que estavam fazendo (procedimentos que lhe eram aplicados)?

[1] sim [2] não [3] Não se lembra

5.9) Em algum momento do pré-parto, perguntaram a opinião da sra. sobre o que estavam fazendo, ou acerca de alguma decisão?

[1] sim [2] não [3] Não se lembra

5.10) Durante o tempo em que ficou na sala de parto, a sra. se lembra de terem ficado

“cutucando” lá dentro (na vagina)?

[1] Sim [2] Não (pule para 5.12) [3] Não lembra

5.11) Se sim, O que a sra achou deste procedimento?

Textual: _____

5.12) Em relação a DOR durante o pré-parto , a sra. acha que sentiu:

[1] nenhuma dor [2] pouca dor [3] bastante dor [4] muita dor [5] dor insuportável

5.13) Em relação a DOR durante o pré-parto , a sra. acha que sentiu que:

[1] podia controlá-la
[2] podia controlá-la em alguns momentos
[3] não podia controlá-la
[4] era incontrolável fazendo perder a consciência- os sentidos
[5] Na hora da contração era incontrolável mas depois passava

5.14) A sra. informou a equipe sobre sua dor?

[1] sim [3] Não se lembra [2] não Por que? (textual) *(responda e pule para 5.16)*

5.15) A sra. sentiu que levaram em consideração sua queixa sobre dor?

[1] sim [3] Não se lembra [2] não Por que? (textual)

5.16) Durante o pré-parto, alguém falou algo ou fez algo que a tenha deixado com medo, assustada, abalada, ofendida (a sra. sentiu-se ameaçada fisicamente ou psicologicamente por alguém)?

[1] Sim. Por quê? (textual) [2] Não.

5.17) Durante o pré-parto, alguma situação deixou a sra. com vergonha, diminuída?

Sim. Por quê? (textual) [2] Não.

5.18) Em relação a – dificuldades encontradas no pré-parto, a sra. considerou SEU pré-parto como:

- [1] tranquilo, muito melhor do que esperava [2] calmo, melhor do que eu esperava [3] um pouco complicado, como eu esperava [4] complicado, mais do que eu esperava [5] muito complicado, muito mais do que eu esperava [6] terrível / traumatizante

5.19) Em relação à duração do SEU pré-parto, a sra. o considerou como:

- [1] excessivamente longo [2] muito longo [3] longo [4] normal [5] rápido

5.20) Em relação à equipe que atendeu a sra. durante seu pré-parto, o quanto a sra. acha que eles se importavam com seu bem-estar:

- [1] sempre [2] a maioria das vezes [3] as vezes sim, as vezes não [4] raramente [5] nunca

5.21) A sra. sentia confiança na equipe?

- [1] plenamente [2] a maioria das vezes [3] as vezes sim, as vezes não. Por Quê? [4] raramente Por Quê? [5] não Por Quê?

Textual) _____

5.22) A sra. pode se movimentar (mudar de posições) durante o pré-parto?

- [1] sempre [2] a maioria das vezes [3] as vezes sim, as vezes não [4] raramente [5] não Por Quê?

5.23) Foram utilizadas medidas para alívio da dor durante o pré-parto, que não seja anestesia com medicamento?

- [1] Sim. [2] Não.

5.24) O recurso que foi utilizado ajudou a aliviar a dor?

Recurso	Ajuda muito	Ajuda um pouco	Não ajuda	Atrapalha	Não usou
a) Acompanhante					
b) Chuveiro					
c) Bola					
d) Massagem					

e) Banquinho (cócoras)					
f) Liberdade para se mover					
g) Outro. Qual? _____					

Seção C: Informações sobre o parto

Entrevistadora: *Agora vou fazer perguntas referentes ao momento do nascimento do bebê. (a hora que ele nasceu mesmo).*

6.1) Durante o momento do parto, alguém falou algo ou fez algo que a tenha deixado com medo, assustada, abalada, ofendida (a sra. sentiu-se ameaçada fisicamente ou psicologicamente por alguém)?

[1] Sim. Por quê? (textual) [2] Não

6.2) Durante o momento do parto, a sra. teve medo que algo pudesse acontecer com a sra?

[1] Sim. O quê? (textual) [2] Não.

6.3) Durante o momento do parto, a sra. teve medo que algo pudesse acontecer com seu bebê? [1] Sim. O quê? (textual) [2] Não.

6.4) Em relação a DOR , a sra. acha que sentiu:

[1] nenhuma dor (*pule para 6.8*) [2] pouca dor [3] bastante dor
[4] muita dor [5] dor insuportável

6.5) Em relação a DOR , a sra. acha que sentiu que:

[1] podia controlá-la
[2] podia controlá-la em alguns momentos
[3] não podia controlá-la
[4] era incontrolável fazendo perder a consciência - os sentidos
[5] Na hora da contração era incontrolável mas depois passava

6.6) A sra. informou a equipe sobre sua dor?

- [1] sim [3] Não se lembra
[2] não Por que? (Textual) *(responda e pule para 6.8)*
-
-

6.7) A sra. sentiu que levaram em consideração sua queixa sobre dor?

- [1] sim [3] Não se lembra
[2] não Por que? _____
-

6.8) A sra. acha que ter um acompanhante nesta hora do parto:

- [1] Ajuda muito a mulher a ficar mais tranqüila
[2] Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranqüila
[3] Nem ajuda nem atrapalha
[4] Deixa a mulher mais nervosa

6.9) O profissional que atendeu a sra. pediu licença para examiná-la ?

- [1] sim [2] não [3] Não se lembra

6.10) A sra. era informada sobre o que estavam fazendo (procedimentos que lhe eram aplicados)?

- [1] sim [2] não [3] Não se lembra

6.11) Em algum momento do parto, perguntaram a opinião da sra. sobre o que iam fazer, sobre alguma decisão?

- [1] sim [2] não [3] Não se lembra

6.12) Em relação à equipe que atendeu a sra. durante seu parto, o quanto a sra. acha que eles se importavam com seu bem-estar?

- [1] sempre [2] a maioria das vezes [3] as vezes sim, as vezes não
[4] raramente [5] nunca

6.13) A sra. sentia confiança na equipe?

- [1] plenamente [2] a maioria das vezes [3] as vezes sim, as vezes não. Por quê?
[4] raramente. Por quê? [5] não. Por quê?
-
-
-

6.14) A sra. sabe qual foi o tipo de parto que a sra. teve ?

- [1] parto normal [2] parto fórceps [3] cesariana

6.15) Em que momento se decidiu pelo tipo de parto e por quê?

Se parto normal

(Só para quem teve normal) (se cesareana passar para a questão 8.1)

7.1) Durante o tempo em que ficou na sala de parto (antes do bebê nascer), a sra. se lembra se ficaram pressionando a vulva para baixo, parecendo que estavam puxando a entrada da vagina para baixo?

[1] Sim [2] Não [3] Não lembra

Se sim, O que a sra achou deste procedimento?

Textual: _____

7.2) A senhora sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto?

[1] “Não rompeu, não cortou e não deu pontos” (períneo íntegro) *(se esta opção, pule para 7.14)*

[2] “Rompeu um pouco mas não precisou dar pontos” (laceração de 1º. Grau, sem precisar sutura)

[3] “Rompeu e deram pontos” (laceração de 2º. Grau, suturada)

[4] “Cortaram e deram pontos” (episiotomia)

[5] “Rompeu muito e teve que costurar no centro cirúrgico” (laceração de 3º ou 4º. Grau)

7.3) Foi realizado um corte (alguns chamam de pic, ou episiotomia) na vagina da sra.?

[1] sim [2] não *(passe para 7.9)* [3] não se lembra

7.4) Se sim, pediram autorização para a sra. para fazerem este corte?

[1] sim [2] não [3] Não se lembra

7.5) Explicaram para a senhora sobre o corte?

[1] Sim. Se sim, o que falaram? [2] Não.

7.6) Por que a senhora acha que fizeram o corte?

7.7) O que a sra. achou de ter recebido este corte?

Textual: _____

7.8) A sra. tomou anestesia antes de fazerem o corte?

[1] Sim [2] Não [3] não se lembra

7.9) A sra. tomou anestesia no local da laceração ou corte, para fazerem a sutura (costura)?

[1] Sim [2] Não [3] não se lembra

7.10) Em relação a DOR, enquanto faziam a SUTURA (costura da laceração ou do corte), a sra. acha que sentiu:

[1] nenhuma dor (*pule para 7.14*) [2] pouca dor [3] bastante dor
[4] muita dor [5] dor insuportável

7.11) Em relação a DOR na SUTURA, a sra. acha que sentiu que:

[1] podia controlá-la
[2] podia controlá-la em alguns momentos
[3] não podia controlá-la
[4] era incontrolável fazendo perder a consciência - os sentidos

7.12) A sra. informou a equipe sobre sua dor?

[1] sim [3] Não se lembra
[2] não Por que? (*responda e pule para 7.14*)

7.13) A sra. sentiu que levaram em consideração sua queixa sobre dor?

[1] sim [3] Não se lembra [2] não. Por que? (Textual)

7.14) Como se deu a saída da placenta?

[1] espontaneamente, após algumas contrações;

[2] manualmente, retirada pelo médico/enfermeiro, fazendo pressão por cima do ventre; [3] Manualmente (curagem manual), o médico/enfermeiro enfiou a mão dentro da vagina e tirou; [4] No centro cirúrgico [5] Não sabe

7.15) Em relação a DOR, enquanto a placenta saia, a sra acha que sentiu:

[1] nenhuma dor (*pule para 7.18*) [2] pouca dor [3] bastante dor
[4] muita dor [5] dor insuportável

7.16) A sra. informou a equipe sobre sua dor?

[1] sim [3] Não se lembra
[2] não Por que?

7.17) A sra. sentiu que levaram em consideração sua queixa sobre dor?

[1] sim [3] Não se lembra [2] não. Por que? (Textual) (*responda e pule para 9.11*)

7.18) Depois da saída da placenta, a sra. se lembra de terem ficado “cutucando” lá dentro, parecendo que estavam “cavando” por dentro?

[1] Sim [2] Não [3] Não lembra

7.19) Em relação a DOR, enquanto “cutucavam lá dentro”, a sra acha que sentiu:

[1] nenhuma dor (*pule para 9.1*) [2] pouca dor [3] bastante dor
[4] muita dor [5] dor insuportável

7.20) A sra. informou a equipe sobre sua dor?

[1] sim [3] Não se lembra
[2] não Por que?

7.21) A sra. sentiu que levaram em consideração sua queixa sobre dor?

[1] sim [3] Não se lembra
[2] não. Por que?

Se parto cesárea
(só para quem teve cesariana)

8.1) A senhora sabe porque seu parto foi por cesárea?

[1] Sim. Por quê?

[2] Não [8] Não se lembra

8.2) Em que momento foi decidido pela cesárea?

[] Antes do parto. Motivo:

[] No pré-parto Motivo:

[] Já na sala de parto Motivo:

8.3) A sra. tomou anestesia nas costas?

[1] sim [2] não [3] Não se lembra

8.4) O que a sra. achou desta anestesia?

(Textual) _____

—

8.5) A equipe explicava o que estava fazendo para a sra.?

[1] sim [2] não [3] Não se lembra

8.6) A equipe conversava entre si sobre outros assuntos que nada tinham a ver com o parto da senhora?

[1] sim [2] não (passe para 9.1) [3] Não se lembra

8.7) Se sim, o que achou disso?

Se parto normal ou cesariana
(para quem teve parto normal e cesariana)

9.1) Na hora do parto, alguém apertou a sua barriga para ajudar a saída do bebê (subiu na barriga, fez força sobre a barriga, manobra de Kristeller)?

[1] sim [2] não (passe para 9.5) [3] não se lembra

9.2) Se sim, descreva:

9.3) Em relação a DOR , quando apertaram sua barriga , a sra acha que sentiu:

[1] nenhuma dor (pule para 9.5) [2] pouca dor [3] bastante dor
[4] muita dor [5] dor insuportável

9.4) A sra. sentiu que levaram em consideração sua queixa sobre dor?

[1] sim [3] Não se lembra [2] não. Por que? (Textual) (responda e pule para 9.11)

9.5) Na hora do parto foi usado fórceps (duas colheres grandes, introduzidas- na vagina no caso de parto normal, ou - na barriga em caso de cesariana) para segurar e puxar a cabeça do bebê) ou um vácuo extrator?

[1] fórceps [2] vácuo extrator [3] não (pule para 9.11) [4] Não se lembra

9.6) Se sim,o que a sra. achou de terem-no colocado ?

Textual: _____

9.7) Se sim, pediram autorização para colocá-lo?

[1] sim [2] não [3] Não se lembra

9.8) Em relação a DOR , ao terem colocado-o, a sra acha que sentiu:

[1] nenhuma dor (pule para 9.11) [2] pouca dor [3] bastante dor
[4] muita dor [5] dor insuportável

9.9) A sra. informou a equipe sobre sua dor?

[1] sim [3] Não se lembra

[2] não Por que? (Textual)

9.10) A sra. sentiu que levaram em consideração sua queixa sobre dor?

[1] sim [3] Não se lembra

[2] não. Por que?

(Textual)

9.11) Durante o tempo em que a senhora estava na sala de parto, o que disseram para a senhora? Quais as frases que mais ficaram na sua memória? (positivas e negativas)

a) Positivas (Ajudou)

b) Neutro (Não ajudou, nem atrapalhou)

c) Negativas (Atrapalhou)

d) Não lembra

e) Não falaram nada

9.12) A sra. teve contato com o bebê na sala de parto?

[1] Sim [2] Não

9.13) Se sim (múltipla resposta):

[1] visual [2] Pele a pele [3] pegou no colo [4] amamentou

9.14) Após o nascimento do bebê, depois de quanto tempo aproximadamente, a sra. teve contato com ele:

[1] Imediatamente [2] cinco (5) minutos [3] Quinze (15) minutos

[4] trinta a sessenta (30-60) minutos [5] uma (1) hora

[6] não me lembro [7] outros_____

9.15) Durante a primeira hora após o parto, a senhora(múltipla resposta):

[1] Apenas viu o bebê [2] Ficou com o bebê no colo [3] Colocou para mamar

[4] Pode beijar e abraçar o bebê [5] Não teve contato com o bebê

9.16) Se não ficou com o bebê na primeira hora, a sra. sabe o motivo de não ter podido

ficar com ele na primeira hora após o parto?

[1] sim (textual) [2] não

9.17) O bebê foi examinado no seu colo ou levaram o bebê para fazer os exames?

[1] Bebê examinado no colo

[2] Levaram o bebê para fazer os exames

[3] Não me lembro

9.18) O bebê estando bem, se pudesse escolher:

[1] Gostaria de ter ficado com o bebê logo que nasceu, podendo os exames serem feitos em seu colo

[2] Não gostaria de ficar com o bebê no colo, logo após o nascimento

[3] Não há preferência

9.19) Se o bebê não pôde ficar com a sra. na primeira hora após o parto, depois de quanto tempo ele voltou a ficar com a sra.?

[1] Em até 30 min. [2] De 30 a 60 min

[3] De 1 à 2 horas [4] De 2 à 3 horas [5] Outros _____

9.20) Depois que ele voltou, o bebê foi colocado para mamar?

[1] sim [2] não (*passa para 9.24*) [3] Não se lembra

9.21) Se sim, a sra. recebeu algum tipo de ajuda sobre como amamentar?

[1] sim [2] não (*passa para 9.24*) [3] Não se lembra

9.22) Se sim, de quem?

[1] Equipe de Enfermagem [2] Equipe Médica [3] Equipe de Saúde (não sabe exatamente de que área é) [4] Membro da Família [5] Colega de Quarto [6]

Outro Profissional _____ [7] outro _____

9.23) Se sim, depois de quanto tempo?

[1] Assim que chegou [2] Em até 30 min. [3] De 30 a 60 min

[4] De 1 à 2 horas [5] De 2 à 3 horas [6] Outros _____

9.24) Após o nascimento do bebê, primeiros cuidados com a sra. e com o bebê, a senhora foi para o quarto em seguida?

[1] sim (*passa para 9.29*)

[2] não

[3] Não se lembra

9.25) Se não, onde ficou?

- [1] Sala de parto [2] sala de espera com outras mães [3] corredor
 [4] centro cirúrgico [5] Outros _____

9.26) O que achou deste lugar?

- [1] Normal [2] Tranquilo [3] Agitado [4] isolado [5] Não se lembra

9.27) O que sentiu enquanto estava neste local?(múltipla resposta)

- [1] Tranquila [2] segura [3] com sono [4] me sentí sozinha, desamparada
 [5] aflita pois queria ver minha filha(o) que não estava comigo [6] Aflita pois não
 me sentia bem fisicamente [7] Não se lembra [8] Outros _____

9.28 Neste tempo que ficou esperando, alguém veio conversar com a sra.ou
 perguntar se a sra. estava bem?

- [1] sim [2] não [3] Não se lembra

9.29) Quanto tempo demorou para levarem a sra. para o quarto (leito)?

- [1] Em até 30 min. [2] De 30 a 60 min [3] De 1 à 2 horas [4] De 2 à 3 horas
 [5] De 3 à 5 horas [6] De 5 à 10 horas [6] Outros _____

9.30) Em relação a DOR no nascimento, a sra acha que sentiu:

- [1] nenhuma dor [2] pouca dor [3] bastante dor
 [4] muita dor [5] dor insuportável

Após nascimento do bebê <i>(agora vamos falar sobre depois que o bebê nasceu)</i>

10.1) A senhora foi para o quarto junto com o bebê?

- [1] sim [3] Não se lembra
 [2] não Por que?
- _____
- _____

10.2) O bebê estando bem, se pudesse escolher:

- [1] Gostaria de ter ficado com o bebê no quarto, logo quando saiu da sala de parto.
 [2] Não gostaria de ficar com o bebê no quarto o tempo todo, gostaria que ele
 ficasse no berçário em alguns momentos para eu descansar um pouco.
 [3] Não há preferência

10.3) Durante o tempo em que a senhora estava no quarto, o que disseram para a
 senhora? Quais as frases que mais ficaram na sua memória? (positivas e negativas):

- a) Positivas (Ajudou) _____
- _____

b) Neutro (Não ajudou, nem atrapalhou)

c) Negativas (Atrapalhou)

d) Não lembra

e) Não falaram nada

Seção D: Pós-parto

Entrevistadora: *Agora, vamos falar sobre como foi depois do parto, que nós vamos chamar de pós-parto.*

Anotar número de dias depois do parto- [] [] dias

10.4) [1] 30 até 60 dias [2] 61-90 dias [3] 91-120 dias [4] 121-160 dias [5] 161-200 dias

10.5) A senhora estava satisfeita com a comida no hospital?

[1] Muito satisfeita [2] Satisfeita [3] Não tenho opinião formada [4] as vezes sim as vezes não [5] Insatisfeita [6] Muito insatisfeita [7] não comeu Por quê? (Textual)

10.6) A senhora estava satisfeita com o repouso / sono / descanso que estava tendo no hospital?

[1] Muito satisfeita [2] Satisfeita [3] Não tenho opinião formada [4] Insatisfeita [5] Muito insatisfeita Por quê? (Textual)

10.7) Quantas horas a senhora pode dormir, no decorrer do dia e da noite / nas 24 horas após o parto?

[] [] horas [2] Não sabe

10.8) A senhora acha que se sentia disposta para cuidar do bebê, com o tempo que estava dormido?

[1] Não, precisava de mais horas de sono e portanto, ajuda de outras pessoas [2] Sim, estava satisfeita com o sono e me sentia disposta [3] Sim, apesar de estar muito cansada e com sono [4] Não sabe

10.9) Quando a senhora precisou de algo, ficou satisfeita com o atendimento que recebeu (informações, ajuda, etc.)?

[1] Muito satisfeita [2] Satisfeita [3] Não tenho opinião formada

[4] Insatisfeita [5] Muito insatisfeita

Por quê? (Textual)

10.10) A sra. acha que ter um acompanhante no pós-parto:

[1] Ajuda muito a mulher a ficar mais tranqüila

[2] Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranqüila

[3] Nem ajuda nem atrapalha

[4] Deixa a mulher mais nervosa

10.11) Quanto à satisfação da senhora, considerando : [1] Muito satisfeita [2]

Satisfeita [3] Não muito satisfeita [4] Insatisfeita [5] Muito insatisfeita [6] Não

tenho opinião formada - qual a opinião da senhora para:

QUESITO	AVALIAÇÃO	OBSERVAÇÃO
a. Temperatura do quarto		
b. Higiene do quarto		
c. Barulho do quarto		
d. Privacidade no quarto		
e. Barulho do corredor		
f. Conforto da cama		
g. Som ambiente-caixas de som		
h. Higiene do banheiro		
i. Funcionalidade do chuveiro		
j. Funcionalidade do vaso sanitário		
k. Funcionalidade da pia		
l. Segurança do Andar		
m. Atenção recebida pela equipe de enfermagem		
n. Atenção recebida pela equipe médica		

10.12) Tirando a parte do nascimento do seu bebê, agora eu queria que a sra. dissesse 3 coisas positivas, e 3 coisas negativas em relação ao seu parto, hospital, sua experiência de maneira geral:

Positivas:

Negativas:

10.13) Vamos imaginar que a sra. fosse a Diretora do Hospital, e ganhasse uma verba (dinheiro) para gastar da maneira que você quizesse, o que você mudaria, investiria no hospital?

Anexo 4- PCL-C

Instruções:

Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes.

Por favor, indique o quanto você foi incomodada por estes problemas durante o último mês.

Por favor, marque 1 para “nada”, 2 para “um pouco”, 3 para “médio”, 4 para “bastante” e 5 para “muito”.

	Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito
1 <i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivas e perturbadoras referentes a uma experiência do parto?					
2 <i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência do parto?					
3 De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência do parto estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?					
4 Sentir-se <i> muito chateada</i> ou <i>preocupada</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência do parto?					
5 Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência do parto?					
6 Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência do parto ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?					
7 Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas lembram</i> uma experiência do parto?					
8 Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de					

uma experiência do parto?					
9 <i>Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?</i>					
10 <i>Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?</i>					
11 <i>Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?</i>					
12 <i>Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?</i>					
13 <i>Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?</i>					
14 <i>Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?</i>					
15 <i>Ter dificuldades para se concentrar?</i>					
16 <i>Estar “superalerta”, vigilante ou “em guarda”?</i>					
17 <i>Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?</i>					

Anexo 5 - Escala de Edimburgo

J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky, 1987

© British Journal of Psychiatry

tradução: Maria Fátima S. dos Santos e Célia C. Moraes

supervisão de tradução: Prof. João Dino F. P. Santos

Depto. de Letras _ UnB

validação: Maria Fátima S. Santos, Francisco M. C. Martins e Luis Pasquali _

Depto. de Psicologia _ UnB

Seu nome: _____

Data de nascimento do bebê: _____

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje.

Aqui está um exemplo já preenchido:

Eu tenho me sentido feliz:

☐ Sim, todo o tempo.

☒ Sim, na maior parte do tempo.

☐ Não, nem sempre.

☐ Não, em nenhum momento.

Esta resposta quer dizer: "Eu me senti feliz na maior parte do tempo" na última semana.

Por favor, assinale as questões seguintes do mesmo modo.

Texto da EPDS conforme validação no Brasil***Nos últimos sete dias***

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

☐ Como eu sempre fiz.

☐ Não tanto quanto antes.

☐ Sem dúvida menos que antes.

☐ De jeito nenhum.

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.

- ☐ Como sempre senti.
- ☐ Talvez menos do que antes.
- ☐ Com certeza menos.
- ☐ De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

- ☐ Não, de maneira alguma.
- ☐ Pouquíssimas vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Sim, muitas vezes.

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.

- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nenhuma vez.

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.

- ☐ Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- ☐ Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- ☐ Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- ☐ Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nenhuma vez.

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, muitas vezes.

- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, de jeito nenhum.

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.

- ☐ Sim, quase todo o tempo.
- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ De vez em quando.
- ☐ Não, nenhuma vez.

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

- ☐ Sim, muitas vezes, ultimamente.
- ☐ Algumas vezes nos últimos dias.
- ☐ Pouquíssimas vezes, ultimamente
- ☐ Nenhuma vez.

*Quero lhe agradecer pelo tempo que vc se dispôs aqui com a gente, e
que estamos disponíveis para qualquer informação que precise sobre a pesquisa.
Caso precisar falar sobre algo que a tem deixado triste em relação ao
seu parto, estamos disponíveis para lhe ajudar.
Entre em contato conosco pelo telefone que deixamos com você. Obrigada!*

Anexo 6 - DSM-IV (APA, 1994) Transtorno de Estresse Pós-Traumático

- A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:
1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolvem morte ou grave ferimento, reais ou ameaçadores, ou uma ameaça à integridade física própria ou a de outros;
 2. A resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.
- B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:
1. Recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções;
 2. Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento;
 3. Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashbacks* dissociativos);
 4. Sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;
 5. Reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.
- C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três ou mais dos seguintes quesitos:
1. Esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma;
 2. Esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;
 3. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;
 4. Redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;
 5. Sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;
 6. Faixa de afeto restrita;
 7. Sentimento de um futuro abreviado (não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou período normal da vida).
- D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:
1. Dificuldade em conciliar ou manter o sono;
 2. Irritabilidade ou surtos de raiva;
 3. Dificuldade em concentrar-se;
 4. Hipervigilância;
 5. Resposta de sobresalto exagerada.
- E. A duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C, e D) é superior a 1 mês.
- F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Anexo 7- CID 10 - Transtorno de Estresse Pós-Traumático

- A) O Paciente deve ter sido exposto a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, a qual provavelmente causaria angústia invasiva em quase todas as pessoas.
- B) Deve haver rememoração ou revivência persistente do estressor em *flashbacks*, memórias vividas, sonhos recorrentes ou em sentir angústia quando da exposição a circunstâncias semelhantes ou associadas ao estressor.
- C) O paciente deve evitar (ou preferir fazê-lo) circunstâncias semelhantes ou associadas ao estressor, o que não estava presente antes da exposição ao estressor.
- D) Qualquer um dos seguintes deve estar presente:
1. Incapacidade de lembrar, parcial ou completamente, alguns aspectos importantes do período de exposição ao estressor;
 2. Sintomas persistentes de sensibilidade e excitação psicológicas aumentadas (não presentes antes da exposição ao estressor), mostrados por dois dos seguintes:
 - a) Dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo;
 - b) Irritabilidade ou explosões de raiva;
 - c) Dificuldade de concentração;
 - d) Hipervigilância;
 - e) Resposta de susto exagerada.
- E) Os critérios B, C e D devem ser todos satisfeitos dentro de seis meses do evento estressante ou do final de um período de estresse (para alguns propósitos, um início demorando mais de seis meses pode ser incluído, mas isto deve ser claramente especificado).

Daniela de Almeida Andretto

Possui graduação em Psicologia - Faculdade de Psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie . Especializada em Psicologia Clínica Hospitalar pelo Instituto do Coração - InCor - USP; - Especializada em Estudos e Intervenções com Famílias - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (FPCE)- Portugal. - Consultora do Método Canguru pelo Ministério da Saúde - Brasil; Conselheira em Aleitamento Materno OMS/UNICEF pela Direção Geral de Saúde - Portugal. Tem experiência na área de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: humanização de atendimento, humanização da assistência ao parto e nascimento, satisfação do usuário na assistência ao parto e nascimento, formação de vínculo afetivo familiar, psicologia hospitalar, aleitamento materno, método canguru, prematuridade, formação de equipes e atuação interdisciplinar. Atualmente mestranda da FSP-USP, área Saúde Materno-Infantil
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 11/02/2010

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/5204047575071836>

Dados pessoais

Nome Daniela de Almeida Andretto

Nome em citações bibliográficas ANDRETTO, D. A.

Sexo Feminino

Formação acadêmica/Titulação

- 2005 - 2006** Especialização em Estudos e Intervenções com Famílias .
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
Título: Crianças em Risco: prevenção e tratamento.
Orientador: Maria Helena Águeda Marujo.
- 1999 - 2000** Especialização em "Psicologia Clínica Hospitalar em Cardiologia" . (Carga Horária: 1800h).
Instituto do Coração - FMUSP.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, . .
- 1993 - 1997** Graduação em Faculdade de Psicologia .
Universidade Presbiteriana Mackenzie, MACKENZIE, Brasil.

Formação complementar

- 2007 - 2007** "Escrita Científica". (Carga horária: 40h).
Faculdade de Saúde Pública - USP.
- 2006 - 2006** doula. (Carga horária: 40h).
Grupo da Maternidade Ativa.
- 2006 - 2006** Introdução à Medicina Sexual. (Carga horária: 48h).
Faculdade de Ciências Médicas.
- 2001 - 2001** Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso. (Carga horária: 40h).
Secretaria de Estado da Saúde - SP.
- 2001 - 2001** Aleitamento Materno: Manejo e promoção (teór-prát). (Carga horária: 20h).
Hospital Dr. Odair Pedroso - Hospital de Cotia.
- 2000 - 2000** Extensão universitária em Clínica Psicanalítica: Conflito e Sintoma. (Carga horária: 68h).
Instituto Sedes Sapientae.
- 1998 - 1998** O Desenv do Raciocínio Clínico na Prática Psicoter. (Carga horária: 32h).
Instituto Sedes Sapientae.
- 1996 - 1996** Psiquiatria Clínica. (Carga horária: 42h).
Instituto de Psiquiatria - HCFMUSP.
- 1996 - 1996** "Teoria e Técnica Psicanalítica". (Carga horária: 36h).
Faculdade de Psicologia - Universidade Mackenzie.

Carmen Simone Grilo Diniz

possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1984), mestrado (1996) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2001), e pós-doutorado em Saúde Materno-infantil pelo Cemicamp (2004). É professora doutora do Departamento de Saúde Materno-infantil na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, desde 2005. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Preventiva, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Gênero e Saúde Materna, Saúde Materno-infantil, Saúde Pública baseada em evidências. (Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 29/07/2010

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/7232133934331288>

Dados pessoais

Nome Carmen Simone Grilo Diniz

Nome em citações bibliográficas Diniz, C. S. G.; Diniz, S; Diniz, Simone; Diniz, Simone G.; Diniz, Simone Grilo; Diniz, Simone Grilo; Diniz, Carmen Simone Grilo

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.
Av. Doutor Arnaldo, 715, 2º andar
Cerqueira César
01246904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667124 Fax: (11) 30850240

Formação acadêmica/Titulação

- 2003 - 2004** Pós-Doutorado .
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, . .
- 1997 - 2001** Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto, *Ano de Obtenção:* 2001.
Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, . .
- 1994 - 1996** Mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Assistência ao parto e relações de gênero - elementos para uma releitura médico-social, *Ano de Obtenção:* 1997.
Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.
- 1985 - 1987** Especialização - Residência médica .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil. *Residência médica em:*
Número do registro: .
- 1979 - 1984** Graduação em Medicina .
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil.

Formação complementar

- 2008** Critical Appraisal Skills Program (CASP). (Carga horária: 40h).
University of Oxford.

Atuação profissional

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

2004 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Professor Doutor, Carga horária: 40

Outras informações Departamento de Saúde Materno-Infantil - Faculdade de Saúde Pública/USP