



**CESPU**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# **Avaliação das Experiências Traumáticas Perinatais: A Perspetiva dos Acompanhantes e Validação do Questionário de Acontecimentos Perinatais**

**Ana da Conceição Ferraz Teixeira**

**Dissertação conducente ao Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

---

**Gandra, setembro 2024**



**Ana da Conceição Ferraz Teixeira**

**Avaliação das Experiências Traumáticas  
Perinatais: A Perspetiva dos Acompanhantes e  
Validação do Questionário de Acontecimentos  
Perinatais**

Trabalho realizado sob a Orientação e Supervisão do  
**Prof. Doutor José Carlos Rocha**

## **Declaração de integridade**

Eu, Ana da Conceição Ferraz Teixeira, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro que a presente tese foi desenvolvida com integridade académica, respeitando os princípios éticos e académicos.

Afirmo que em nenhuma fase do processo recorri a práticas desonestas, como a falsificação de resultados ou o plágio, entendido como o ato de assumir indevidamente a autoria de trabalho intelectual alheio, no todo ou em parte.

Declaro ainda que todas as citações e ideias retiradas de trabalhos de outros autores foram devidamente referenciadas ou parafraseadas, respeitando os critérios académicos, e que as fontes bibliográficas utilizadas foram corretamente citadas ao longo deste relatório.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, pelo investimento e apoio constante ao longo desta jornada.

Ao meu orientador, pela orientação e contribuição para o desenvolvimento desta dissertação e ao longo de todo o percurso académico.

Aos meus irmãos, pelo incentivo e apoio.

Às minhas amigas, pela amizade genuína e suporte em todos os momentos.

À minha família.

À Carolina, pela amizade, ajuda e suporte emocional em todos os momentos.

À Dra. Marta, pela dedicação, orientação, apoio, paciência e esforço.

À Dra. Márcia, pelo empenho e esforço e contributo nesta dissertação.

À Sílvia, por toda a ajuda, disponibilidade e paciência.

A todos os participantes, por confiarem em mim e partilhar a sua experiência, tornando este trabalho possível.



## **Índice**

Introdução.....	9
Metodologia.....	13
Discussão dos resultados .....	24
Considerações Finais .....	27
Referências Bibliográficas.....	29

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1-</b> Frequência de exposição a acontecimentos perinatais, diferenças de exposição entre géneros, sintomas de PSPT e diferenças entre expostos e não expostos.....	18
<b>Tabela 2-</b> Tabela com coeficientes de correlação de Pearson entre os sintomas de PSPT, o número de eventos potencialmente traumáticos, a prestação de cuidados sensíveis ao trauma, a idade e o número de filhos .....	20
<b>Tabela 3-</b> Diferenças entre número de eventos potencialmente traumáticos, sintomas de PSPT e prestação de cuidados sensíveis ao trauma, consoante o género.....	20
<b>Tabela 4-</b> Análise descritiva dos itens de Cuidados Sensíveis ao Trauma.....	22



## **Índice de figuras**

<b>Figura 1-</b> Análise de network .....	23
---	----

## **Siglas**

- **PSPT** – Perturbação de Stress Pós-Traumático
- **QAP** – Questionário de Acontecimentos Perinatais
- **CBTS** – City Birth Trauma Scale
- **CST** – Cuidados Sensíveis ao Trauma
- **SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences

## Resumo

A falta de instrumentos específicos para avaliar diretamente eventos perinatais potencialmente traumáticos motivou o desenvolvimento e validação de dois questionários, o questionário de acontecimentos perinatais (QAP) destinado a identificar eventos traumáticos ocorridos durante a concepção, gravidez, parto e pós-parto, e o questionário de avaliação dos cuidados sensíveis ao trauma (QCST) criado para avaliar a perceção dos cuidados prestados sensíveis ao trauma.

Uma amostra 110 participantes, composta por puérperas e os seus acompanhantes de parto, no contexto de unidades de saúde, consentiram participar através de protocolo com dados sociodemográficos, QAP, QCST e *City Birth Trauma Scale* para avaliação de sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT). As características psicométricas dos instrumentos são analisadas.

Os resultados destacam como evento mais comum os "Procedimentos invasivos que causaram sofrimento à mãe" (41.8%), seguido de "Cesariana de emergência" (30.9%). Eventos raros como "Morte do bebé" ou "Morte da mãe", não foram relatados. As puérperas relataram maior exposição aos eventos traumáticos, enquanto o evento "Descoberta de problemas de saúde do bebé" teve o maior impacto na sintomatologia de PSPT ( $d = -1.36$ ). O alfa de *Cronbach* para o QAP é de .53 para o QCST é de de .84. Não se revelam diferenças significativas entre os grupos quanto à exposição a eventos traumáticos. Há associações significativas ( $p < .05$ ) entre o número de eventos traumáticos vividos e os níveis de PSPT,  $r = .36$ , e entre os cuidados sensíveis ao trauma e os sintomas de PSPT,  $r = -.24$ .

A baixa consistência interna do QAP é justificada pela baixa variabilidade e heterogeneidade dos eventos avaliados. Não obstante, considera-se importante manter itens de resposta rara, como a morte do bebé ou da mãe, devido ao seu impacto emocional significativo. A validade convergente do QAP verifica-se no seu efeito positivo sobre os sintomas de PSPT. Outros futuros estudos com amostras maiores permitirão análise fatorial, agrupando os itens em categorias temáticas. O QCST, por sua vez, mostrou-se um instrumento fiável para avaliar a qualidade dos cuidados perinatais sensíveis ao trauma, destacando a importância de intervenções adequadas para mitigar os efeitos emocionais de eventos traumáticos.

**Palavras-chave:** Trauma perinatal; Acontecimentos potencialmente traumáticos; Cuidados sensíveis ao trauma; Perturbação de Stress Pós-Traumático

## **Abstract**

The lack of specific instruments to directly assess potentially traumatic perinatal events motivated the development and validation of two questionnaires: the Perinatal Events Questionnaire (PEQ), designed to identify traumatic events occurring during conception, pregnancy, childbirth, and postpartum, and the Trauma-Sensitive Care Questionnaire (TSCQ), created to evaluate the perception of trauma-sensitive care provided.

A sample of 110 participants, composed of postpartum women and their birth companions, recruited in healthcare settings, consented to participate through a protocol including sociodemographic data, the PEQ, the TSCQ, and the City Birth Trauma Scale to assess symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). The psychometric properties of the instruments were analyzed.

The results highlight "Invasive procedures that caused maternal distress" (41.8%) as the most common event, followed by "Emergency cesarean section" (30.9%). Rare events, such as "Baby's death" or "Mother's death," were not reported. Postpartum women reported greater exposure to traumatic events, while "Discovery of the baby's health problems" had the greatest impact on PTSD symptoms ( $d = -1.36$ ). The *Cronbach's* alpha was 0.53 for the PEQ and 0.84 for the TSCQ. No significant differences were found between the groups regarding exposure to traumatic events. Significant associations ( $p < .05$ ) were identified between the number of traumatic events experienced and PTSD levels ( $r = .36$ ), as well as between trauma-sensitive care and PTSD symptoms ( $r = -.24$ ).

The low internal consistency of the PEQ is justified by the low variability and heterogeneity of the events assessed. Nonetheless, it is considered important to retain rare-response items, such as the baby's or mother's death, due to their significant emotional impact. The PEQ convergent validity is evident in its positive effect on PTSD symptoms. Future studies with larger samples will allow factorial analyses, grouping items into thematic categories. The TSCQ, in turn, proved to be a reliable instrument for assessing the quality of trauma-sensitive perinatal care, highlighting the importance of appropriate interventions to mitigate the emotional effects of traumatic events.

**Keywords:** Perinatal trauma; Potentially traumatic events; Trauma-sensitive care; Post-traumatic stress disorder

## Introdução

A saúde perinatal constitui um domínio de crescente interesse e complexidade, dada a sua relevância na vida das famílias e o impacto dos acontecimentos que ocorrem durante a gravidez, o parto e o pós-parto na saúde física e psicológica das mães, dos bebés e dos seus acompanhantes. Este período crítico envolve múltiplas experiências, algumas das quais podem ser profundamente perturbadoras e traumáticas para os envolvidos. A literatura científica tem enfatizado o impacto das experiências traumáticas durante este período, evidenciando que eventos adversos tais como complicações obstétricas e a falta de suporte emocional adequado, podem resultar em consequências psicológicas duradouras.

O conceito de trauma perinatal engloba um vasto conjunto de experiências adversas e emocionalmente angustiantes ocorridas durante a gravidez, o parto ou o período pós-parto, que podem desencadear perturbações psicológicas, como a perturbação de stress pós-traumático (PSPT). Estas experiências podem resultar de complicações médicas, intervenções invasivas, dificuldades emocionais e contextuais, e são frequentemente ampliadas pela falta de suporte adequado, tanto por parte dos profissionais de saúde como dos sistemas de cuidados institucionais (Vignato et al., 2017). As consequências psicológicas do trauma perinatal afetam não só as mães, mas também os seus acompanhantes, os quais desempenham um papel crucial no apoio emocional e no bem-estar durante e após o parto (Linyama et al., 2024).

As situações de risco e as experiências complexas durante o período perinatal têm sido muito citadas na literatura. De facto, a gravidez, o parto e o pós-parto incluem um conjunto de eventos que, em muitos casos, são imprevisíveis e podem transformar uma experiência esperada como positiva e natural num evento traumático (Ertan et al., 2021). Diversos estudos sublinham que fatores como problemas de infertilidade, abortos recorrentes, intervenções médicas emergenciais e procedimentos invasivos são particularmente associados a elevados níveis de stress e sofrimento psicológico (Cuenca, 2023; Sharma & Shrivastava, 2022)

A infertilidade é uma condição que afeta cerca de 15% dos casais em idade fértil em todo o mundo e tem implicações psicológicas significativas para as mulheres. A incerteza em relação à capacidade de conceber, a frustração com tratamentos prolongados e o estigma social associado ao fracasso em engravidar podem levar a sentimentos de depressão,

ansiedade e isolamento (Patel et al., 2018). Para muitas mulheres, a infertilidade e os tratamentos subseqüentes marcam o início de uma trajetória emocionalmente complexa no percurso de maternidade, que, por vezes, se prolonga durante o período perinatal.

Outro fator de risco relevante incide sobre a ocorrência de perdas gestacionais, sejam elas espontâneas ou provocadas. Estudos longitudinais demonstram que mulheres que sofrem abortos ou interrupções voluntárias da gravidez apresentam uma maior incidência de problemas psicológicos, como depressão, luto complicado e PSPT (Fergusson et al., 2008; Rousset et al., 2011). A reincidência das perdas gestacionais leva ao aumento do sofrimento emocional, afetando não apenas as mulheres, mas também os seus companheiros, que geralmente vivenciam sentimentos de impotência e ansiedade em relação à saúde da companheira e do futuro bebé (Voss et al., 2020).

No contexto do parto, intervenções médicas como a cesariana de emergência, o uso de fórceps ou ventosa, assim como outros procedimentos invasivos são abordados como potenciais fatores de trauma. As mulheres que passam por cesarianas não planeadas, em particular, relatam frequentemente sentimentos de fracasso, desilusão e falta de controlo sobre o seu corpo, o que pode resultar em PSPT pós-parto (Carter et al., 2022; Creedy et al., 2000). A presença de complicações graves durante o parto, tanto para a mãe quanto para o bebé, aumenta significativamente o risco de desenvolvimento de perturbações psicológicas. Da mesma forma, para os acompanhantes, estar presente em momentos de grande vulnerabilidade e risco também pode ser traumático, exacerbando os níveis de stress e ansiedade (Ertan et al., 2021).

Outra dimensão crucial que deve ser considerada na experiência perinatal traumática, diz respeito aos conflitos com a equipa médica e à eventual falta de recursos adequados nas instituições de saúde. Conflitos interpessoais entre as puérperas e os profissionais de saúde podem surgir devido a uma comunicação inadequada, desrespeito pelas escolhas da paciente ou falta de empatia, o que pode aumentar significativamente a perceção de trauma e desamparo durante o parto (Rodríguez-Almagro et al., 2019). Em paralelo, a insuficiência de recursos materiais ou humanos, como a falta de equipamentos adequados ou de profissionais especializados, pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados, expondo as mães e os seus acompanhantes a situações de risco que poderiam ser evitadas (Bradley et al., 2015).

Além disso, há eventos traumáticos que podem ocorrer no período pós-parto, como a morte do bebê, a necessidade de reanimação ou a morte materna, que são situações de extremo impacto emocional. A morte perinatal é um dos fatores mais devastadores, já que não afeta apenas a mãe, mas também o seu companheiro, que muitas das vezes enfrentam dificuldades em lidar com o luto devido à falta de preparação emocional para tal perda (Bennett et al., 2005). Estes eventos trágicos, quando acompanhados de falta de suporte emocional adequado ou de falhas institucionais, podem exacerbar o sofrimento e perpetuar sentimentos de culpa, raiva ou impotência. A falta de preparação para lidar com estes eventos agrava a experiência traumática, evidenciando a necessidade de intervenções mais estruturadas e sensíveis ao trauma nas instituições de saúde.

A abordagem de cuidados sensíveis ao trauma surge como uma resposta a estas necessidades psicológicas emergentes durante o período perinatal. Este modelo de cuidados reconhece a ocorrência de eventos traumáticos em qualquer fase da experiência perinatal e que o impacto emocional dessas experiências pode ser mitigado através de uma abordagem centrada no indivíduo, que valoriza o suporte emocional e a segurança psicológica (Benton et al., 2024).

As práticas de cuidados sensíveis ao trauma incluem, entre outras medidas, a preparação para possíveis eventos adversos, a comunicação eficaz entre a equipa médica e os pacientes, o reconhecimento das necessidades emocionais durante o parto e o fornecimento de suporte emocional no período pós-parto (Benton et al., 2024). Estas intervenções são particularmente importantes quando ocorrem complicações médicas, dado que os sentimentos de falta de preparação e a comunicação inadequada aumentam a perceção de trauma entre as puérperas (Vogel & Coffin, 2021).

A adoção de políticas institucionais que formalizem a implementação de cuidados sensíveis ao trauma é fundamental. No entanto, a literatura revela que muitas mulheres desconhecem a existência de protocolos para a gestão de trauma nas unidades de saúde (Thomson et al., 2021). A capacitação de profissionais de saúde para lidar com os efeitos emocionais de complicações perinatais é uma estratégia recomendada para promover uma resposta adequada aos eventos adversos, propiciando, assim, um ambiente mais seguro e de suporte para as mulheres e os seus acompanhantes (Choi & Seng, 2015).

Com o intuito de capturar a complexidade das experiências perinatais, foram desenvolvidos dois instrumentos de avaliação que visam explorar tanto as situações

complexas enfrentadas durante o período perinatal como a perceção dos cuidados sensíveis ao trauma nas instituições de saúde. Estes instrumentos foram aplicados às parturientes e aos seus acompanhantes, permitindo uma análise abrangente das diferentes perspetivas envolvidas.

O primeiro instrumento concentra-se na identificação de eventos possivelmente perturbadores que podem ocorrer durante o período que vai desde a conceção, passando pela gravidez e parto, até ao pós-parto. Estes eventos incluem situações como dificuldades em engravidar, perdas gestacionais, complicações graves durante o parto, intervenções médicas invasivas, e eventos críticos após o nascimento. Estes eventos, segundo a literatura, são frequentemente relatados como traumáticos e, portanto, a sua avaliação deve ser feita com cautela (Simpson & Catling, 2016).

A criação deste instrumento justifica-se pela lacuna existente na avaliação de eventos traumáticos específicos no contexto perinatal. Até ao momento, a maioria dos instrumentos disponíveis foca-se essencialmente na avaliação dos sintomas de PSPT, negligenciando a identificação e compreensão das experiências traumáticas em si. Embora a avaliação dos sintomas seja fundamental, a falta de ferramentas que permitam identificar os eventos traumáticos específicos durante a conceção, gravidez, parto e pós-parto limita a capacidade de intervir de forma eficaz e sensível ao trauma. Portanto, o presente instrumento surge com o objetivo de preencher esta lacuna, oferecendo uma abordagem centrada na experiência das parturientes e dos seus acompanhantes, possibilitando uma avaliação mais precisa e detalhada dos acontecimentos potencialmente traumáticos e, conseqüentemente, promovendo intervenções mais adequadas e informadas.

O segundo instrumento visa avaliar a implementação de cuidados sensíveis ao trauma, contemplando itens como a preparação para eventos adversos, a consideração das necessidades emocionais durante o parto e o suporte emocional recebido no pós-parto.

O presente estudo tem como objetivo principal explorar as experiências de trauma perinatal a partir da perspetiva das puérperas e dos seus acompanhantes, analisando a prevalência de eventos traumáticos, os sintomas de PSPT associados e a implementação de cuidados sensíveis ao trauma nas instituições de saúde. Através da construção de instrumentos específicos para a avaliação destas experiências, pretende-se contribuir para uma maior compreensão dos fatores que podem influenciar a saúde mental e emocional no período perinatal, e para o desenvolvimento de políticas e práticas clínicas que assegurem

um cuidado humanizado e centrado nas necessidades das mulheres e dos seus acompanhantes.

## **Metodologia**

### **1. Participantes**

A amostra é constituída por 110 participantes com nacionalidade portuguesa, sendo 55 do sexo masculino e 55 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 23 e os 72 anos. A maioria da amostra, 72,7% é casada, 13,6% vivem em união de facto, 10% encontram-se solteiros e 3,6% divorciados. No que diz respeito às habilitações, 38,2% tem o ensino secundário, 17,3% o 1º ciclo e a licenciatura, 16,4% o 3º ciclo, 6,4% o mestrado, 3,6% o 2º ciclo e 0,9% pós-graduação. Relativamente à profissão, a amostra demonstrou uma grande diversidade de postos de trabalho, sendo o mais comum, 12,7% na área da construção civil, seguindo-se de 8,1% relacionados à área fabril. Em contrapartida, 12,7% da amostra encontrava-se desempregada aquando da realização do estudo. No que concerne ao número de filhos, a maioria da amostra, 51,8% tem apenas 1 filho, 40,9% tem 2 filhos, 7,3% tem 3 filhos. Grande parte da amostra 87,3% passou pela experiência de parto, e 17,3% sofreu pelo menos uma perda gestacional.

Os critérios de inclusão para o estudo foram ter idade igual ou superior a 18 anos, ter passado pela experiência ou ter testemunhado uma gravidez e/ou um parto, e compreenderem a língua portuguesa. Excluíram os participantes que não tivessem capacidade de responder aos instrumentos de avaliação ou que deixaram o questionário inacabado.

### **2. Instrumentos**

#### **2.1 Questionário Sociodemográfico**

Foi utilizado um questionário sociodemográfico com o objetivo de recolher informações sobre a situação pessoal e demográfica dos participantes, como idade, estado civil, escolaridade, e experiência anterior com parto e perda na gravidez, variáveis estas pertinentes ao estudo.

## **2.2 Questionário de Acontecimentos Perinatais (QAP)**

O QAP foi concebido com base num questionário desenvolvido para profissionais de obstetrícia (Nunes et al., 2023), no entanto, foram modificados os itens para as puérperas e os seus acompanhantes de parto. Este questionário é composto por 27 itens, com duas opções de resposta “Aconteceu-me” ou “Não me aconteceu”, e tem como objetivo avaliar a exposição a situações complexas que podem ocorrer durante o período perinatal. Inclui itens referentes a experiências adversas e complicações associadas à gravidez, desde dificuldades para engravidar, perdas gestacionais, problemas de saúde do bebé e da mãe, até situações graves durante o parto e pós-parto. Incluem interrupções de gravidez por razões médicas ou voluntárias, complicações obstétricas, uso de procedimentos invasivos, emergências médicas e falhas no atendimento que resultam em sofrimento para ambos.

## **2.3 City Birth Trauma Scale (CBTS)**

O City Birth Trauma Scale (CBTS) é um instrumento de avaliação utilizado para medir o stress traumático no período perinatal e identificar sintomas de PSPT relacionados ao nascimento, quer com uma versão para as parturientes quer outra versão para acompanhantes. Este questionário, composto por 29 itens, mede sintomas relacionados a intrusões, evitamento, cognições e humor negativo, e hiperativação.

O questionário é de autopreenchimento, e está dividido em várias subescalas principais. A subescala das Intrusões avalia a frequência de experiências intrusivas relacionadas ao parto usando uma escala Likert que varia de 0 ("nunca") a 3 ("5 ou mais vezes"). A subescala das Cognições e do Humor Negativo mede a presença de pensamentos e estados emocionais negativos através de uma escala dicotómica com opções de resposta "sim" e "não". A subescala da Hiperativação avalia sintomas de hiperatividade e reatividade, enquanto a Subescala da Angústia e Incapacidade analisa o impacto dos sintomas na capacidade funcional e o sofrimento causado, utilizando respostas nas categorias "sim", "não" e "talvez".

A versão portuguesa da CBTS demonstrou excelentes propriedades psicométricas, com um alfa de *Cronbach* de 0.97 para a escala total, 0.90 para a subescala das Intrusões, 0.89 para a subescala das Cognições Negativas e Humor, e 0.91 para a subescala da Hiperativação, indicando uma boa consistência interna (Osório et al., 2022). A versão em português foi adaptada com rigor, através de tradução inicial, tradução de volta para o inglês

e consensos entre os tradutores, garantindo que a validade e a integridade do instrumento original fossem mantidas.

A versão adaptada do CBTS para os parceiros reconhece que estes também podem experienciar o parto como traumático, mesmo não sendo a pessoa diretamente envolvida no processo físico. Tal como a versão para as mulheres, esta versão avalia os sintomas de PSPT no parceiro, focando-se em como o evento afetou emocionalmente e psicologicamente a pessoa que acompanhou a mulher no processo de parto.

#### **2.4 Questionário de Avaliação de Cuidados Sensíveis ao Trauma**

O Questionário de Avaliação dos Cuidados Sensíveis ao Trauma no Processo Perinatal examina as percepções sobre os cuidados recebidos durante o parto, especialmente no que diz respeito ao apoio emocional e preparação para eventos traumáticos. É composto por 5 itens que incluem questões sobre a consideração das necessidades emocionais das puérperas e dos seus acompanhantes, preparação para eventos traumáticos e apoio emocional após o parto. A estrutura do questionário segue uma escala de Likert de 5 pontos, onde o participante pode expressar o seu grande de concordância ou discordância com cada afirmação, utilizando os valores de “1- Discordo Totalmente”, até “5- Concordo Totalmente”.

### **3. Procedimentos**

A amostra foi recolhida através de hospitais e clínicas, com a colaboração das equipas de obstetria, e também através das redes sociais. O processo de amostragem teve como objetivo garantir a diversidade de participantes, em termos de idade, nível educacional, e tipo de parto. Os dados foram recolhidos tanto em formato papel como digital, conforme a preferência dos participantes. A aplicação dos questionários foi feita durante uma única sessão, com uma duração estimada de 30 a 40 minutos por participante. Para aqueles que optaram pelo formato digital, foi disponibilizado um link para a plataforma Google Forms.

Antes de iniciarem a participação, os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, e todos assinaram um termo de consentimento informado. Foi garantido o direito a desistência do estudo a qualquer momento, se considerado necessário,

sem qualquer consequência para os participantes, como também a confidencialidade e o anonimato das suas respostas.

#### **4. Análise Estatística**

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 26.0. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas para caracterizar a amostra, nomeadamente no que diz respeito a variáveis sociodemográficas incluindo a idade, nível de escolaridade, estado civil, e número de filhos. Estas análises proporcionaram uma visão geral da distribuição dos participantes em relação às variáveis de interesse. O coeficiente de Alfa de *Cronbach* foi calculado para avaliar a consistência interna do QAP. Este coeficiente indica a fiabilidade dos itens, avaliando até que ponto os itens estão relacionados entre si e medem o mesmo constructo. As correlações de *Pearson* foram usadas para explorar as associações entre as diferentes variáveis oferecendo evidências de validade convergente. Foi realizado um teste de Mann-Whitney para comparar dois grupos independentes (puérperas e acompanhantes) quanto à sua exposição a eventos traumáticos perinatais e os respetivos níveis de PSPT. Foi calculado o *d de Cohen* para avaliar a magnitude das diferenças entre os grupos expostos e não expostos a eventos traumáticos. O nível de significância considerado foi de 0.05.

#### **5. Resultados**

A Tabela 1 mostra que o acontecimento potencialmente traumático mais vivido é o acontecimento número 15, “Procedimentos invasivos que causaram sofrimento à mãe”, com 46 respostas (41.8%), seguido pelos eventos 12 “Cesariana de emergência”, com 34 respostas afirmativas (30.9%), 13 “Situação de risco grave para o bebé durante o parto”, com 25 respostas (22.7%) e 14 “Procedimentos invasivos que causaram sofrimento ao bebé”, como 21 respostas (19.1%). O evento menos comum foi o evento 9, “Interrupção da gravidez por razões médicas antes das 24 semanas”, que contou com apenas uma resposta afirmativa (0.9%). Os eventos 5 “Perda gestacional entre 24 e 35 semanas”, 19 “Morte do bebé durante o parto”, 23 “Morte da mãe” e 24 “Morte do bebé pouco após o nascimento” não foram relatados por nenhum dos participantes (0%).

Ao comparar a exposição a eventos traumáticos entre os grupos (puérperas e acompanhantes), as puérperas foram mais expostas ao evento 12, "Cesariana de emergência", com 18 respostas (32.7%), enquanto os acompanhantes reportaram 16 respostas (29.1%). Em relação ao evento 15, "Procedimentos invasivos que causaram sofrimento à mãe", houve uma maior incidência nas puérperas, com 26 respostas (47.3%), comparado com 20 respostas dos acompanhantes (36.4%). Esta observação é igual para todos os acontecimentos, com as puérperas a relatar maior exposição aos eventos.

Comparando os grupos expostos e não expostos (Tabela 1), o evento que revela maior impacto na sintomatologia de PSPT é o evento 7, "Descoberta de problemas de saúde do bebé durante exames pré-natais", com uma média de PTSD de 20.50 (DP = 18.94), apresentando um grande efeito negativo de *d de Cohen* (-1.36). Este evento é seguido pelo evento 15, "Procedimentos invasivos que causaram sofrimento à mãe", com uma média de PSPT de 11.44 (DP = 13.07) e um efeito moderado de *d de Cohen* (-0.67). O evento 12, "Cesariana de emergência", também revela um impacto moderado, com uma média de 10.29 (DP = 11.60) e um efeito negativo de *d de Cohen* (-0.38).

Por outro lado, alguns eventos, como o evento 14, "Procedimentos invasivos que causaram sofrimento ao bebé", e o evento 17, "Reanimação da mãe", apresentam efeitos mais pequenos, com *d de Cohen* de 0.14 e 0.10, respetivamente, indicando um impacto menos significativo na sintomatologia de PSPT.

**Tabela 1**

*Frequência de exposição a acontecimentos perinatais, diferenças de exposição entre géneros, sintomas de PSPT e diferenças entre expostos e não expostos.*

QAP Eventos	Exposição (%)			PSPT expostos <i>M</i> (DP)	Diferenças entre expostos e não expostos		
	<i>N=110</i> Total	<i>n= 55</i> Parturiente	<i>n=55</i> Acompanhante		<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
1. Problemas de infertilidade (Dificuldade em engravidar)	26 (23.6%)	15 (27.3%)	11 (20.0%)	10.46 (14.09)	989.0	0.51	-0.37
2. Interrupção voluntária da gravidez	3 (2.7%)	1 (1.8%)	2 (3.6%)	9.00 (8.54)	130.0	0.59	-0.14
3. Perda gestacional (espontânea) antes das 12 semanas	14 (12.7%)	7 (12.7%)	7 (12.7%)	5.23 (6.33)	694.5	0.50	0.25
4. Perda gestacional (espontânea) entre 12 e 24 semanas (abortamento espontâneo)	5 (4.5%)	2 (3.6%)	3 (5.5%)	6.80 (10.89)	296.5	0.59	0.08
5. Perda gestacional (espontânea) entre 24 e 35 semanas	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	a	a	a	a
6. Duas ou mais perdas gestacionais	3 (2.7%)	2 (3.6%)	1 (1.8%)	5.67 (9.82)	185.0	0.63	0.18
<b>7. Descoberta de problemas de saúde do bebé/bebê durante exames pré-natais (durante a gravidez)</b>	<b>6 (5.5%)</b>	<b>3 (5.5%)</b>	<b>3 (5.5%)</b>	<b>20.50</b> <b>(18.94)</b>	<b>140.5</b>	<b>0.02</b>	<b>-1.36</b>
8. Descoberta de problemas genéticos do bebé/bebê durante exames pré-natais (durante a gravidez)	2 (1.8%)	1 (1.8%)	1 (1.8%)	13.50 (17.68)	69.0	0.38	-0.57
9. Interrupção da gravidez por razões médicas (devido a algum problema) antes das 24 semanas	1 (0.9%)	1 (1.8%)	0 (0%)	13.50	a	a	a
10. Interrupção da gravidez por razões médicas após as 24 semanas	2 (1.8%)	1 (1.8%)	1 (1.8%)	13.50 (17.68)	69.0	0.38	-0.57
11. Morte do bebé/bebê pouco antes do nascimento	2 (1.8%)	1 (1.8%)	1 (1.8%)	1.00 (1.41)	142.0	0.42	-0.63
<b>12. Cesariana de emergência</b>	<b>34 (30.9%)</b>	<b>18 (32.7%)</b>	<b>16 (29.1%)</b>	<b>10.29</b> <b>(11.60)</b>	<b>943.0</b>	<b>0.02</b>	<b>-0.38</b>
<b>13. Situação de risco grave para o bebé/bebê durante o parto</b>	<b>25 (22.7%)</b>	<b>14 (25.5%)</b>	<b>11 (20.0%)</b>	<b>10.84</b> <b>(12.25)</b>	<b>770.0</b>	<b>0.04</b>	<b>-0.41</b>
14. Procedimentos invasivos que causaram sofrimento ao bebé/bebê (ex.: uso de fórceps ou ventosa)	21 (19.1%)	10 (18.2%)	11 (20.0%)	6.38 (9.12)	977.0	0.68	0.14
<b>15. Procedimentos invasivos que causaram sofrimento à mãe (ex.:uso de fórceps ou ventosa, rutura da bolsa,</b>	<b>46 (41.8%)</b>	<b>26 (47.3%)</b>	<b>20 (36.4%)</b>	<b>11.44</b> <b>(13.07)</b>	<b>933.5</b>	<b>&lt;0.01</b>	<b>-0.67</b>

**incisão (corte cirúrgico)  
para facilitar a saída do  
bebé/bebê)**

16. Reanimação do bebé/bebê	1 (0.9%)	1 (1.8%)	0 (0%)	17.00	a	a	a
17. Reanimação da mãe	2 (1.8%)	1 (1.8%)	1 (1.8%)	6.50 (9.19)	110.0	0.95	0.10
18. Múltiplas complicações durante o parto	11 (10%)	6 (10.9%)	5 (9.1%)	15.09 (15.79)	350.5	0.05	-0.82
19. Morte do bebé/bebê durante o parto	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	a	a	a	a
20. Hemorragia grave após o parto	2 (1.8%)	1 (1.8%)	1 (1.8%)	15.50 (21.92)	91.0	0.71	-0.77
21. Situação grave da mãe após o parto	5 (4.6%)	3 (5.5%)	2 (3.6%)	15.40 (16.38)	176.0	0.21	-0.79
22. Morte da mãe	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	a	a	a	a
23. Morte do bebé/bebê pouco após o nascimento	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	a	a	a	a
<b>24. Atraso na assistência médica devido a falta de recursos técnicos ou falta de profissionais</b>	<b>13 (11.8%)</b>	<b>7 (12.7%)</b>	<b>6 (10.9%)</b>	<b>11.62 (9.53)</b>	<b>385.0</b>	<b>0.02</b>	<b>-0.44</b>
<b>25. Sofrimentos excessivo por dificuldade no acesso a recursos</b>	<b>13 (11.8%)</b>	<b>7 (12.7%)</b>	<b>6 (10.9%)</b>	<b>12.38 (7.04)</b>	<b>340.5</b>	<b>&lt;0.01</b>	<b>-0.53</b>
26. Conflitos verbais graves com os profissionais de saúde	6 (5.5%)	4 (7.3%)	2 (3.6%)	15.00 (13.21)	158.0	0.04	-0.76
27. Agressão por parte dos profissionais de saúde	3 (2.7%)	2 (3.6%)	1 (1.8%)	12.67 (10.21)	84.0	0.15	-0.50

<sup>a</sup> O número de observações é <2

As correlações de *Pearson* (Tabela 2) foram utilizadas para explorar as associações entre PSPT total, exposição aos eventos perinatais potencialmente traumáticos (número de eventos), cuidados sensíveis ao trauma (CST), idade e número de filhos. Os resultados mostram uma correlação positiva moderada entre sintomas de PSPT e o número de eventos ( $r = 0.36$ ,  $p < 0.001$ ), sugerindo que quanto maior número de eventos perinatais experienciados, mais elevados são os sintomas de PSPT.

Por outro lado, verificou-se uma correlação negativa significativa entre os sintomas de PSPT e cuidados sensíveis ao trauma ( $r = -0.24$ ,  $p = 0.01$ ), o que sugere que a perceção de cuidados adequados, centrados nas necessidades emocionais, está associada a níveis mais baixos de PSPT. Isto destaca a importância de implementar cuidados sensíveis ao trauma nas instituições de saúde para mitigar o impacto emocional de eventos traumáticos perinatais.

Além disso, o número de filhos demonstrou uma correlação positiva com o número de eventos ( $r = 0.37$ ,  $p < 0.001$ ), indicando que um maior número de filhos está associado à vivência de mais eventos potencialmente traumáticos ao longo do período perinatal.

**Tabela 2**

*Tabela com coeficientes de correlação de Pearson entre os sintomas de PSPT, o número de eventos potencialmente traumáticos, a prestação de cuidados sensíveis ao trauma, a idade e o número de filhos*

Variáveis	Sintomas PSPT	Número de eventos	CST	Idade
Número de eventos	.36**			
CST	-.24*	.28*		
Idade	-.16	.13	.33**	
Número de filhos	.08	.37**	.27*	0.30*

\*\* significância nível < .001

\* significância nível. 05

A comparação entre géneros quanto à vivência de eventos potencialmente traumáticos não revelou diferenças estatisticamente significativas entre as parturientes e os acompanhantes ( $t = 1.12$ ,  $p = 0.27$ ). Ambos relataram níveis semelhantes de exposição a eventos traumáticos, sugerindo que a experiência de trauma perinatal afeta de forma comparável as parturientes e os seus acompanhantes de parto. O mesmo acontece relativamente à prestação de cuidados sensíveis ao trauma nas instituições. Já os sintomas de PSPT, demonstram diferenças estatisticamente significativas entre as parturientes e os acompanhantes ( $t = 3.50$ ;  $p = <.001$ ), indicando que, embora ambos os grupos estejam expostos a eventos potencialmente traumáticos de forma semelhante, o impacto emocional e psicológico destes eventos manifesta-se de forma mais acentuada nas parturientes (Tabela 3).

**Tabela 3**

*Diferenças entre número de eventos potencialmente traumáticos, sintomas de PSPT e prestação de cuidados sensíveis ao trauma, consoante o género.*

Variável	M (DP) Parturiente	M (DP) Acompanhante	t	p
Número de eventos	2.44 (2.04)	2.04 (1.71)	1.12	.27

<b>Sintomas de PSPT</b>	<b>10.95 (12.76)</b>	<b>4.24 (6.25)</b>	<b>3.50</b>	<b>&lt;. 001</b>
<b>CST</b>	12.47 (4.64)	11.75 (4.54)	.83	.41

Os eventos considerados como os mais perturbadores pelos participantes foram os eventos 15 "Procedimentos invasivos que causaram sofrimento à mãe" e 13 "Situação de risco grave para o bebé durante o parto" e a maioria dos participantes vivenciaram apenas 1 vez os eventos potencialmente traumáticos apresentados na lista e 15,4% vivenciaram 2 ou mais vezes.

As estatísticas descritivas (Tabela 4) relativas aos itens sobre os cuidados sensíveis ao trauma mostram uma variação considerável na perceção dos participantes quanto ao apoio emocional recebido. Os itens que avaliam o suporte emocional pós-parto apresentaram a média mais elevada ( $M = 3.45$ ), enquanto os itens que avaliam a preparação para eventos traumáticos registaram as médias mais baixas ( $M = 2.10$ ).

As frequências (Tabela 4) indicam que, embora uma grande percentagem dos participantes tenha sentido que as suas necessidades emocionais foram atendidas (71.8% de respostas positivas) uma proporção menor sentiu que houve preparação adequada para eventos traumáticos (41.8% discordam totalmente).

O City Birth Trauma Scale demonstrou excelente consistência interna na amostra total, com um alfa de *Cronbach* de 0.92, indicando elevada fiabilidade do instrumento. Quando analisados separadamente, os resultados revelaram uma consistência interna moderada na subamostra dos acompanhantes ( $\alpha = 0.75$ ) e excelente na subamostra das parturientes ( $\alpha = 0.93$ ). Estes resultados sugerem que o CBTS é particularmente robusto para avaliar sintomas de PSPT nas parturientes, enquanto nos acompanhantes a fiabilidade permanece aceitável, mas com menor homogeneidade entre os itens.

**Tabela 4**

*Análise descritiva dos itens de Cuidados Sensíveis ao Trauma*

Itens	M (DP)	Discordo Totalmente (%)	Discordo (%)	Nem concordo nem discordo (%)	Concordo (%)	Concordo Totalmente (%)
1. Durante o parto, sentiu que as suas necessidades emocionais foram levadas emconsideração?	3.45 (1.37)	14.5	9.1	20.9	267.2	28.1
2. Houve alguma preparação sobre possíveis eventos traumáticos durante o parto antes do início do trabalho de parto?	2.33 (1.19)	30	30	23.6	10	6.4
3. Após o parto, você recebeu apoio emocional para lidar com qualquer evento traumático que possa ter ocorrido?	2.06 (1.07)	38.1	30.9	19.1	10	1.8
4. Tem conhecimento da existência de alguma política ou protocolo implementado na unidade de saúde para lidar com casos de trauma durante o processo perinatal?	2.16 (1.05)	35.5	22.7	33.6	6.4	1.8
5. Recebeu informações sobre os recursos ou serviços de apoio disponíveis para lidar com traumas relacionados à gravidez, parto ou pós-parto?	2.10 (1.17)	41.8	22.7	24.6	5.5	5.5

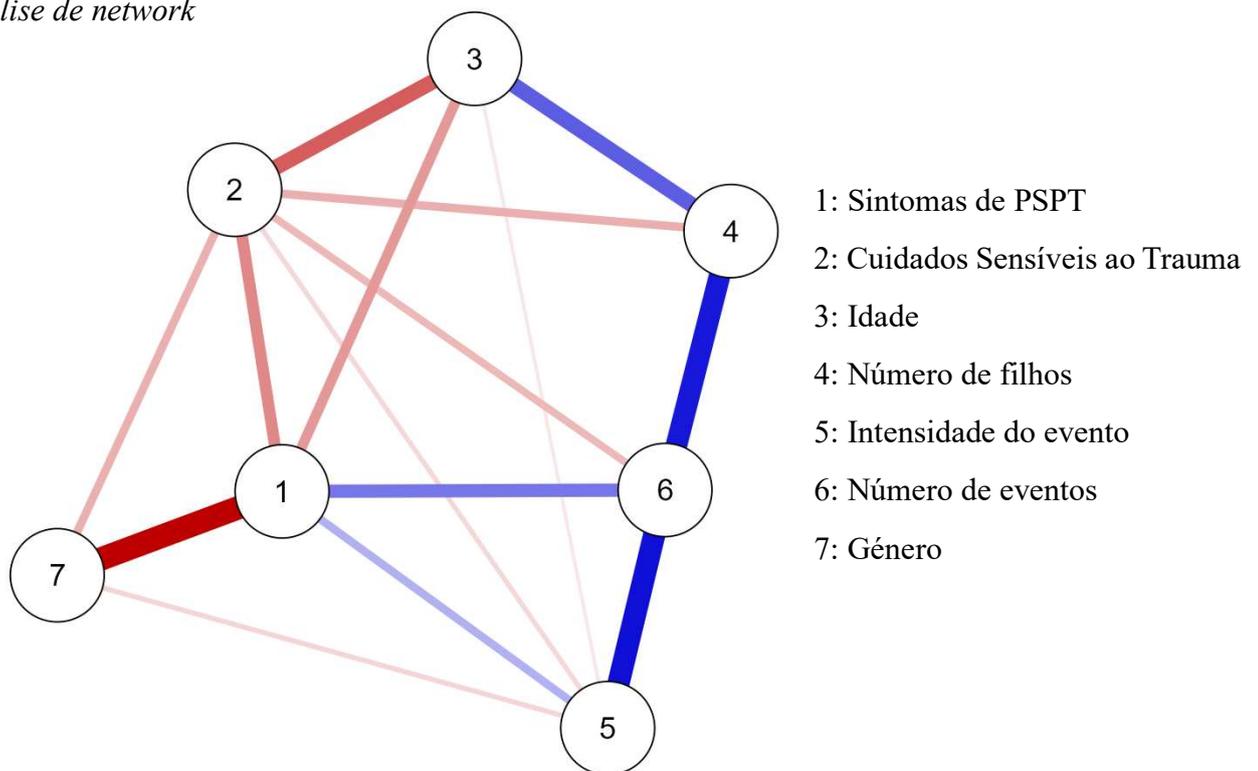
A análise de confiabilidade do questionário sobre Cuidados Sensíveis ao Trauma, demonstrou um valor de alfa de *Cronbach* de 0.84, o que corresponde a uma fiabilidade alta. Assim a escala determinou uma alta consistência interna, tornando-a adequada para medir os cuidados sensíveis ao trauma nas instituições de saúde de forma precisa e fiável.

Para realização da análise da consistência interna do questionário de acontecimentos perinatais foi necessário excluir quatro itens do questionário: 5 “Perda gestacional entre as 24 e 35 semanas” 19 “Morte do bebé durante o parto”, 22 “Morte da mãe” e 23 “Morte do bebé pouco após o nascimento”. A exclusão é justificada pelo facto de nenhum dos participantes ter relatado a ocorrência destes eventos. Após a exclusão destes itens, o valor de alfa de *Cronbach* foi de 0.53, este valor está abaixo do limiar geralmente aceitável de 0.7, o que indica uma consistência interna limitada do QAP na sua forma atual.

Pela análise de *network* verificou-se que os sintomas de PSPT está fortemente associado com o número de acontecimentos potencialmente traumáticos e o seu nível de intensidade, evidenciando que o nível de sintomas de stress pós-traumático está intimamente relacionado tanto com a perceção subjetiva do impacto do evento como com a ocorrência de experiências traumáticas. Por outro lado, variáveis como a idade e o número de filhos demonstram associações mais fracas, sugerindo uma influência menos significativa no contexto geral. Além disso, o género apresentou uma associação negativa com os sintomas de PSPT, apontando potenciais diferenças nos níveis de PSPT em função do género (Figura 1).

**Figura 1**

*Análise de network*



## Discussão dos resultados

A presente investigação teve como principal objetivo avaliar a prevalência de eventos perinatais potencialmente traumáticos vivenciados pelas puérperas e os seus acompanhantes de parto, bem como investigar a implementação de cuidados sensíveis ao trauma nas instituições de saúde. Os resultados proporcionaram insights valiosos sobre a frequência e o impacto desses eventos no contexto perinatal, assim como a sua relação com a sintomatologia de PSPT.

A cesariana de emergência destacou-se como um dos acontecimentos mais frequentes, relatado por 30.9% dos participantes. Este resultado está em consonância com a literatura, que identifica este procedimento como uma das experiências mais angustiantes durante o parto (Simpson & Catling, 2016). Adicionalmente, "procedimentos invasivos que causaram sofrimento à mãe", foi o evento mais comum, com 41.8% de respostas afirmativas, evidenciando o impacto físico e emocional significativo associado a intervenções médicas não planeadas. Este achado é consistente com estudos anteriores que apontam que intervenções invasivas, como o uso de fórceps ou ventosa, estão fortemente associadas a sentimentos de perda de controlo e de vulnerabilidade (Abdollahpour et al., 2023; Carter et al., 2022; Creedy et al., 2000). Adicionalmente, a situação de risco grave para o bebé durante o parto, relatada por 22.7% dos participantes, reforça a ideia de que o bem-estar do bebé é um dos principais fatores que amplifica o impacto emocional do parto, provocando elevados níveis de ansiedade nos pais (Regan & McElroy, 2013).

A análise revelou também diferenças na exposição aos eventos entre puérperas e acompanhantes. As puérperas relataram maior frequência de exposição, especialmente para eventos como "procedimentos invasivos que causaram sofrimento à mãe" (47.3% versus 36.4%) e "cesariana de emergência" (32.7% versus 29.1%). Esta diferença reflete a experiência direta e visceral das puérperas no parto, em contraste com o impacto indireto vivenciado pelos acompanhantes, marcado por perceções de impotência e preocupação pela segurança da mãe e do bebé (Nicholls & Ayers, 2007). Consequentemente a maior exposição das parturientes a este tipo de eventos aumenta significativamente os sintomas de PSPT. Estes resultados alinham-se com a literatura que aponta uma maior prevalência de PSPT pós-parto em mulheres (3-6%) em comparação com os acompanhantes (1-2%), sugerindo que o trauma físico e emocional combinado pode amplificar os sintomas nas parturientes (Slade et al., 2022; Yildiz et al., 2017). A pressão social e cultural que reforça expectativas de um parto

"positivo" e "natural" pode exacerbar o sofrimento quando essas expectativas não são atendidas, tornando a experiência mais traumática. Este diferencial sublinha a necessidade de intervenções específicas e diferenciadas. Para as parturientes, é essencial adotar abordagens que integrem suporte físico e emocional durante e após o parto. Para os acompanhantes, estratégias que validem as suas emoções e ofereçam ferramentas para lidar com a ansiedade e a impotência percebida podem mitigar o impacto psicológico.

Um dos achados mais significativos desta investigação foi a relação entre a exposição a certos eventos perinatais e a sintomatologia de PSPT. O evento "descoberta de problemas de saúde do bebé durante exames pré-natais", destacou-se como o que apresentou maior impacto na sintomatologia de PSPT, com um grande efeito de *d de Cohen*. Este resultado sugere que a incerteza e o medo em relação à saúde do bebé podem ter consequências psicológicas profundas, causando níveis elevados de stress e trauma (Ofteidal et al., 2022).

Outro evento com impacto significativo foi o "procedimentos invasivos que causaram sofrimento à mãe" o que novamente reforça a ideia de que a experiência física do parto, quando associada a intervenções dolorosas ou não planeadas, pode ser percebida como uma violação do controlo corporal, aumentando o risco de desenvolvimento de PSPT (Ginter et al., 2022). No entanto, eventos como a reanimação da mãe e os procedimentos invasivos que causaram sofrimento ao bebé apresentaram efeitos mais pequenos, sugerindo que, apesar de serem eventos de alta gravidade, a sua prevalência reduzida na amostra pode ter limitado o impacto geral na sintomatologia de PSPT.

A análise dos cuidados sensíveis ao trauma revelou uma correlação negativa significativa entre a perceção de cuidados sensíveis ao trauma e a sintomatologia de PSPT ( $r = -0.24$ ), o que indica que os participantes que sentiram que as suas necessidades emocionais foram consideradas e que receberam apoio emocional adequado relataram menos sintomas de trauma. Este achado está em consonância com a literatura que destaca a importância de uma abordagem de cuidados informada pelo trauma, que valorize a comunicação clara, o apoio emocional e a preparação para eventuais complicações durante o parto (Ayers et al., 2024; Baptie et al., 2020). Apesar de a maioria dos participantes ter afirmado que as suas necessidades emocionais foram atendidas, uma proporção significativa não sentiu que houve preparação adequada para eventos. Este dado sugere que ainda há lacunas na preparação emocional e prática oferecida pelas equipas médicas, e que melhorar

a formação dos profissionais de saúde sobre cuidados sensíveis ao trauma poderia mitigar o impacto de experiências traumáticas.

A avaliação da consistência interna do QAP revelou algumas limitações que merecem consideração. Após a exclusão dos itens 5, 19, 22 e 23, devido à ausência de respostas por parte dos participantes, o coeficiente de alfa de *Cronbach* indicou uma consistência interna moderadamente baixa. No entanto, este resultado deve ser interpretado com cautela, tendo em conta a natureza dos eventos avaliados pelo questionário. A baixa variabilidade de respostas é uma das razões que podem explicar o valor relativamente baixo do alfa de *Cronbach*. Itens como a "morte do bebé durante o parto" ou a "morte da mãe", embora de grande impacto emocional, são eventos raros no contexto perinatal, como refletido na amostra deste estudo, onde nenhum participante relatou estas ocorrências. A raridade destes eventos contribui para a falta de variabilidade nas respostas, o que tem impacto direto na análise de consistência interna, dado que itens sem variabilidade não adicionam informação estatística à medição do constructo e podem reduzir a fiabilidade global do instrumento.

No entanto, a exclusão destes itens levanta uma questão importante. Apesar da sua raridade, eventos como a morte do bebé ou da mãe têm um impacto emocional imensurável e são experienciados como traumas profundos para os que os vivenciam. Embora a sua baixa frequência tenha afetado a consistência interna do questionário, considera-se crucial a manutenção destes itens no QAP devido à sua relevância clínica e emocional. A literatura aponta que eventos raros, mas de grande gravidade, têm um efeito significativo na saúde mental das puérperas e dos seus acompanhantes (Ayers & Ford, 2016). Portanto, é essencial que um instrumento de avaliação de trauma perinatal capture essas experiências, mesmo que a variabilidade estatística seja limitada. Além disso, o valor de alfa de *Cronbach*, embora não ideal, não invalida completamente o uso do QAP. Este valor reflete a heterogeneidade dos eventos avaliados, que abrangem uma ampla gama de situações perinatais, desde problemas de infertilidade até emergências obstétricas graves. A diversidade dos itens pode, em parte, explicar a baixa correlação entre eles, já que se referem a experiências muito distintas. Em instrumentos que avaliam eventos tão diversificados, é comum que a consistência interna seja mais baixa, pois os itens não medem uma única dimensão de trauma, mas sim várias manifestações possíveis. Apesar das limitações indicadas pela análise da consistência interna, o QAP apresenta um valor importante como ferramenta de triagem. A manutenção dos itens raros, embora menos frequentes, assegura que o questionário tem a

capacidade de captar a amplitude dos eventos traumáticos perinatais, independentemente da sua prevalência. Assim, o valor clínico e emocional dos itens justifica a sua inclusão, uma vez que os profissionais de saúde precisam de estar preparados para identificar e intervir em casos de trauma extremo, mesmo que ocorra em menor frequência.

## **Considerações Finais**

Os resultados deste estudo sublinham a complexidade e o impacto dos acontecimentos traumáticos perinatais, tanto nas puérperas como nos seus acompanhantes de parto. As diferenças nas respostas emocionais e nas perceções de trauma entre os dois grupos evidenciam a necessidade de intervenções personalizadas e de uma abordagem centrada na família no contexto dos cuidados perinatais. O reconhecimento do impacto do trauma perinatal em ambos os grupos de participantes e a implementação de cuidados sensíveis ao trauma nas instituições de saúde são fundamentais para reduzir a prevalência de sintomas de PSPT e promover uma experiência perinatal mais positiva.

Uma limitação importante deste estudo é o tamanho da amostra relativamente pequena, o que pode ter influenciado os resultados da análise de fiabilidade. Com uma maior amostra, seria possível obter uma maior variabilidade de respostas e, conseqüentemente, melhorar a consistência interna do QAP. Um estudo futuro com uma população mais alargada poderia proporcionar uma base mais robusta para a validação do instrumento.

Adicionalmente, sugere-se que estudos futuros realizem uma análise exploratória mais aprofundada dos itens do QAP, com o objetivo de agrupar os eventos traumáticos em categorias temáticas mais específicas (como, por exemplo, complicações durante o parto, perdas gestacionais ou intervenções invasivas). Tal abordagem permitiria identificar subdimensões do trauma perinatal, facilitando uma avaliação mais detalhada e específica das experiências traumáticas e a sua relação com os sintomas de PSPT.

Em conclusão, este estudo representa um passo importante no campo da avaliação do trauma perinatal, destacando a necessidade de instrumentos como o QAP para compreender melhor as diversas formas como o trauma afeta as puérperas e os seus acompanhantes. No entanto, os resultados sugerem que é necessário continuar a investigar e a aperfeiçoar o instrumento, com intuito de melhorar a fiabilidade e sensibilidade na captação das experiências traumáticas. Estudos futuros devem focar-se na expansão da amostra e na análise detalhada dos itens, com o intuito de contribuir para uma prática clínica

mais eficaz e informada por cuidados sensíveis ao trauma no contexto perinatal, com vista a minimizar o impacto emocional das experiências traumáticas durante a gravidez, parto e pós-parto.

## Referências Bibliográficas

- Abdollahpour, S., Larki, M., Rajabi, N., & Azmoude, E. (2023). Relationship between Experience of Antepartum Intervention and Posttraumatic Stress Symptoms Following Childbirth: A Prospective Study. *Current Women's Health Reviews*, 19(1), 57–63. <https://doi.org/10.2174/1573404818666220126141830>
- Ayers, S., & Ford, E. (2016). Posttraumatic stress during pregnancy and the postpartum period. Em *The Oxford handbook of perinatal psychology* (pp. 182–200). Oxford University Press.
- Ayers, S., Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Nieuwenhuijze, M., Bogaerts, A., Hartmann, K., Karlsdottir, S. I., Oosterman, M., Tecirli, G., Turner, J. D., & Lalor, J. (2024). Traumatic birth and childbirth-related post-traumatic stress disorder: International expert consensus recommendations for practice, policy, and research. *Women and Birth*, 37(2), 362–367. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.11.006>
- Baptie, G., Andrade, J., Bacon, A. M., & Norman, A. (2020). Birth trauma: The mediating effects of perceived support. *British Journal of Midwifery*, 28(10), 724–730. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.10.724>
- Bennett, S. M., Litz, B. T., Lee, B. S., & Maguen, S. (2005). The Scope and Impact of Perinatal Loss: Current Status and Future Directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 180–187. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.2.180>
- Benton, M., Wittkowski, A., Edge, D., Reid, H. E., Quigley, T., Sheikh, Z., & Smith, D. M. (2024). Best practice recommendations for the integration of trauma-informed approaches in maternal mental health care within the context of perinatal trauma and loss: A systematic review of current guidance. *Midwifery*, 131, 103949. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103949>

- Bradley, S., Kamwendo, F., Chipeta, E., Chimwaza, W., de Pinho, H., & McAuliffe, E. (2015). Too few staff, too many patients: A qualitative study of the impact on obstetric care providers and on quality of care in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *15*(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0492-5>
- Carter, J., Bick, D., Gallacher, D., & Chang, Y.-S. (2022). Mode of birth and development of maternal postnatal post-traumatic stress disorder: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. *Birth*, *49*(4), 616–627. <https://doi.org/10.1111/birt.12649>
- Choi, K. R., & Seng, J. S. (2015). Pilot for Nurse-Led, Interprofessional In-Service Training on Trauma-Informed Perinatal Care. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *46*(11), 515–521. <https://doi.org/10.3928/00220124-20151020-04>
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *27*(2), 104–111. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x>
- Cuenca, D. (2023). Pregnancy loss: Consequences for mental health. *Frontiers in Global Women's Health*, *3*, 1032212. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.1032212>
- Ertan, D., Hingray, C., Burlacu, E., Sterlé, A., & El-Hage, W. (2021). Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2008). Abortion and mental health disorders: Evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, *193*(6), 444–451. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.056499>
- Ginter, N., Takács, L., Boon, M. J. M., Verhoeven, C. J. M., Dahlen, H. G., & Peters, L. L. (2022). The Impact of Mode of Birth on Childbirth-Related Post Traumatic Stress Symptoms beyond 6 Months Postpartum: An Integrative Review. *International*

*Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), Artigo 14.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19148830>

Linyama, Y., Pajogo, M., Kamanga, M., & Kafulafula, U. (2024). *Experiences of birth companions as they provide support to labouring women at Queen Elizabeth Central Hospital in Blantyre, Southern Malawi.*

[https://www.researchgate.net/publication/377640152\\_Experiences\\_of\\_birth\\_companions\\_as\\_they\\_provide\\_support\\_to\\_labouring\\_women\\_at\\_Queen\\_Elizabeth\\_Central\\_Hospital\\_in\\_Blantyre\\_Southern\\_Malawi](https://www.researchgate.net/publication/377640152_Experiences_of_birth_companions_as_they_provide_support_to_labouring_women_at_Queen_Elizabeth_Central_Hospital_in_Blantyre_Southern_Malawi)

Nunes, Â., Rocha, J. C., & Carmo, D. (2023). *Questionário de Acontecimentos Obstétricos Geradores de Stress para Profissionais.*

Oftedal, A., Bekkhus, M., Haugen, G. N., Czajkowski, N. O., & Kaasen, A. (2022). The impact of diagnosed fetal anomaly, diagnostic severity and prognostic ambiguity on parental depression and traumatic stress: A prospective longitudinal cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 101(11), 1291–1299.

<https://doi.org/10.1111/aogs.14453>

Osório, F. L., Ayers, S., Gonçalves, F., & Rocha, J. C. (2022). City birth trauma scale—updates to the Portuguese version. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 48, 250–250. <https://doi.org/10.15761/0101-60830000000316>

Patel, A., Sharma, P. S. V. N., & Kumar, P. (2018). “In Cycles of Dreams, Despair, and Desperation: ” Research Perspectives on Infertility Specific Distress in Patients Undergoing Fertility Treatments. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 11(4), 320. [https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS\\_42\\_18](https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_42_18)

Regan, M., & McElroy, K. (2013). Women’s Perceptions of Childbirth Risk and Place of Birth. *The Journal of Clinical Ethics*, 24(3), 239–252.

<https://doi.org/10.1086/JCE201324308>

- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(9), Artigo 9. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>
- Rousset, C., Brulfert, C., Séjourné, N., Goutaudier, N., & Chabrol, H. (2011). Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *29*(5), 506–517. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.654489>
- Sharma, A., & Shrivastava, D. (2022). Psychological Problems Related to Infertility. *Cureus*, *14*(10), e30320. <https://doi.org/10.7759/cureus.30320>
- Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, *29*(3), 203–207. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.009>
- Slade, P., Murphy, A., & Hayden, E. (2022). Identifying post-traumatic stress disorder after childbirth. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *377*, e067659. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067659>
- Thomson, G., Diop, M. Q., Stuijzand, S., & Horsch, A. (2021). Policy, service, and training provision for women following a traumatic birth: An international knowledge mapping exercise. *BMC Health Services Research*, *21*, 1206. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07238-x>
- Vignato, J., Georges, J. M., Bush, R. A., & Connelly, C. D. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder (PPTSD) in the Perinatal Period: A Concept Analysis. *Journal of clinical nursing*, *26*(23–24), 3859–3868. <https://doi.org/10.1111/jocn.13800>

Vogel, T. M., & Coffin, E. (2021). Trauma-Informed Care on Labor and Delivery.

*Anesthesiology Clinics*, 39(4), 779–791.

<https://doi.org/10.1016/j.anclin.2021.08.007>

Voss, P., Schick, M., Langer, L., Ainsworth, A., Ditzen, B., Strowitzki, T., Wischmann, T.,

& Kuon, R. J. (2020). Recurrent pregnancy loss: A shared stressor---couple-orientated psychological research findings. *Fertility and Sterility*, 114(6), 1288–

1296. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.08.1421>

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis.

*Journal of Affective Disorders*, 208, 634–645.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>