

ABORDAGEM DA PUÉRPERA COM TRAUMA PSICOLÓGICO NO PARTO – ESTUDO DE CASO

Ana Catarina Cordeiro

Unidade Local de Saúde S. João – Hospital de São João, Porto, Portugal
catarinacordeiro@outlook.com

Maria José Santos

Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e
Alto Douro, Vila Real, Portugal; Unidade de investigação UICISA-E, IPV-ESS
mjsantos@utad.pt

Estos autores contribuyeron por igual en este trabajo

Received: 1 febrero 2024

Revised: 11 febrero 2024

Evaluator 1 report: 27 febrero 2024

Evaluator 2 report: 3 marzo 2024

Accepted: 22 abril 2024

Published: noviembre 2024

RESUMO

Introdução: A vivência do parto é única para cada mulher, e deixa uma marca de grande importância na sua vida. No entanto, este evento pode ser o gatilho para o aparecimento de diversos traumas psicológicos. O trauma psicológico no parto é um problema de saúde pública internacional, relatado por cerca de 45% das mulheres, e que pode ter diversas repercussões na qualidade de vida da mãe, do bebé e família. As mães que experienciaram trauma de nascimento, apresentam maior dificuldade em amamentar, em estabelecer vinculação com o bebé, referem alterações na vida sexual e apresentam baixa autoestima. Após uma experiência traumática de parto, as mulheres têm maior risco de ter um novo trauma ou de desenvolver medo do parto. De acordo com o regulamento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, a intervenção na mulher com trauma psicológico de parto, está implicada nas diferentes áreas de atuação deste profissional, pelo que estudar esta temática se torna pertinente. **Objetivos:** Sistematizar conhecimentos sobre o diagnóstico, fatores de risco e intervenções no trauma psicológico no parto, tendo por base a evidência científica. **Metodologia:** Utilizou-se a revisão da literatura como metodologia para este trabalho, suportando a estratégia de aprendizagem baseada na resolução de um estudo de caso - *Case-Based-Learning*. As informações do caso clínico em questão foram obtidas através de uma entrevista com a utente e posterior consulta do processo clínico com a sua autorização prévia. A confidencialidade foi garantida em todos os momentos, e foi dado o seu consentimento para expor este caso.

Resultados: A partir da análise do caso clínico, o diagnóstico de trauma psicológico no parto parece ser o diagnóstico mais provável. Seria por isso essencial confirmar o diagnóstico através da aplicação de uma escala

ABORDAGEM DA PUÉRPERA COM TRAUMA PSICOLÓGICO NO PARTO – ESTUDO DE CASO

de avaliação que permitisse realizar o diagnóstico diferencial com outras alterações psicoemocionais do pós-parto. A utilização da técnica de *Debriefing* Pós-natal é apontada como bastante eficaz na abordagem ao trauma psicológico resultante do parto, tanto para as mulheres como para os profissionais de saúde que as acompanham. O *Debriefing*, é geralmente realizado uns dias após o parto e com a presença de um profissional de saúde (geralmente uma enfermeira obstetra), que pode ou não ter estado presente no parto, onde são revistos e discutidos os registos clínicos, e o “passo a passo” das práticas ocorridas. A tomada de decisão partilhada, a boa comunicação, o consentimento informado e o apoio contínuo positivo durante o parto têm o potencial de reduzir a morbidade psicológica após o nascimento.

Conclusões: Destaca-se a expertise do EEESMO integrado na equipa multidisciplinar, tanto na prevenção, como na avaliação, diagnóstico e encaminhamento de mulheres com trauma psicológico de parto. Estes são os profissionais de saúde que mais contato têm com as mulheres durante o trabalho de parto e pós-parto, têm um conhecimento qualificado ao qual aliam um elevado grau de empatia, e têm por isso um papel de destaque no cuidado às mulheres, nomeadamente ao nível da saúde mental, durante o ciclo reprodutivo.

Palavras-chave: experiência traumática de parto; enfermeira obstetra; parto; parto traumático; trauma psicológico de parto

ABSTRACT

Approach to postpartum women with psychological trauma during childbirth – Case study.

Introduction: The experience of childbirth is unique for each woman, and leaves a mark of great importance on her life. However, this event can be the trigger for the appearance of various psychological traumas. Psychological trauma during childbirth is an international public health problem, reported by around 45% of women, and which can have several repercussions on the quality of life of the mother, baby and family. Mothers who have experienced birth trauma have greater difficulty breastfeeding, establishing bonds with their baby, report changes in their sexual life and have low self-esteem. After a traumatic birth experience, women are at greater risk of experiencing a new trauma or developing a fear of childbirth. According to the specialist in maternal health and obstetric nursing competency regulations, intervention in women with psychological birth trauma is involved in the different areas of activity of this profession, which is why studying this topic becomes relevant. **Objectives:** Systematize knowledge about diagnosis, risk factors and interventions in psychological trauma during childbirth, based on scientific evidence. **Methodology:** A literature review was used as a methodology for this work, supporting the learning strategy based on the resolution of a case study - Case-Based-Learning. The information on the clinical case in question was obtained through an interview with the user and subsequent consultation of the clinical file with her prior authorization. Confidentiality was guaranteed at all times, and consent was given to expose this case. **Results:** From the analysis of the clinical case, the diagnosis of psychological trauma during childbirth seems to be the most likely diagnosis. It would therefore be essential to confirm the diagnosis through the application of an assessment scale that would allow for a differential diagnosis with other postpartum psycho-emotional changes. The use of a Postnatal Debriefing technique is considered very effective in addressing the psychological trauma resulting from childbirth, both for women and the health professionals who accompany them. Debriefing is generally carried out a few days after birth and in the presence of a healthcare professional (usually a Midwife), who may or may not have been present at the birth, where clinical records are reviewed and discussed, and the “step by step” of the practices that occurred. Shared decision-making, good communication, informed consent, and ongoing positive support during birth have the potential to reduce psychological morbidity after birth. **Conclusions:** The obstetric nursing expertise stands out, both in prevention and in the assessment, diagnosis and referral of women with psychological birth trauma. These are the health professionals who have the most contact with women during labor and postpartum, they have qualified knowledge combined with a high degree of empathy, and therefore have a prominent role in caring for women, namely in terms of mental health, during the reproductive cycle.

Keywords: traumatic birth experience; obstetric nursing; childbirth; traumatic birth; psychological birth trauma

INTRODUÇÃO

Dar vida a um bebê, deverá ser um dos eventos mais importantes e felizes na vida de uma mulher. No entanto, este evento pode ser o gatilho para o aparecimento de diversos traumas psicológicos para a mãe. Durante muitos anos esta visão do parto foi ignorada, no entanto, nos dias de hoje, é uma temática cada vez mais alvo de investigação (Pop-Jordanova, 2022).

A vivência do parto é única, e deixa uma marca de grande importância na vida de cada mulher, marca essa que pode ser positiva ou negativa. Idealmente esta marca não deve estar associada a "trauma". Usamos vulgarmente a palavra "trauma" de forma usual para nos referirmos a um evento altamente stressante. A verdadeira designação de um evento traumático baseia-se na capacidade que um indivíduo tem de lidar com esse evento, e superá-lo (Pop-Jordanova, 2022).

Estamos a falar de trauma relacionado com o parto/nascimento, e neste contexto parece essencial distinguir diferentes conceitos que podem estar interligados, e até uns conduzir a outros, no entanto não de forma obrigatória. Trauma psicológico de parto é diferente de depressão pós-parto, de blues pós-parto, e é diferente de stress pós-traumático associado ao parto.

Trauma psicológico de parto (TPP) ou trauma de nascimento é um evento que ocorre durante o trabalho de parto (TP) ou parto, que envolve lesões graves, reais ou temidas, ou a morte da mãe ou do bebê. A parturiente experimenta medo intenso, sensação de impotência, perda de controlo da situação e horror (Beck, 2004a). Cerca de 45% das mulheres referem este tipo de trauma (Pop-Jordanova, 2022).

Pode ser um precursor de outras patologias de saúde mental (depressão pós-parto, Stress pós-traumático (SPT), ansiedade, etc) (Zhang et al., 2023).

Blues pós-parto é um estado transitório caracterizado por labilidade emocional e irritação, que ocorre em cerca de 50% das mulheres (os estudos variam entre 13-74%), tem o seu pico entre o 3-5 dia e deverá estar resolvido entre as 2 a 4 semanas após o parto (Miller, 2002; Rezaie-Keikhaie et al., 2020).

Trata-se de um episódio depressivo leve, que não chega a comprometer o funcionamento social ou a relação da díade mãe-bebê.

Depressão pós-parto estado mais prolongado de fragilidade emocional, os sintomas podem incluir desânimo ou tristeza, sentimentos de inadequação e incapacidade como progenitor, alteração de sono e/ou apetite, dificuldades de concentração, ansiedade, irritabilidade, sentimentos de culpa, baixa autoestima. História de patologia depressiva anterior, trauma de nascimento, falta de apoio (dificuldade em ultrapassar o blues pós-parto) são alguns dos fatores de risco do aparecimento de depressão pós-parto (Miller, 2002). A prevalência desta patologia varia entre 10-20% (Miller, 2002).

Stress pós-traumático associado ao parto pressupõe dificuldades no processo de *capping* de um evento traumático (por exemplo o parto) e prevê 3 sintomas: 1) reviver o evento ou eventos traumáticos no presente de forma repetida (memórias intrusivas, flashbacks ou pesadelos); 2) evitar pensamentos e lembranças do(s) evento(s), ou evitar atividades, situações ou pessoas que lembrem o(s) evento(s); e 3) percepções persistentes de ameaça atual elevada, hipervigilância. Esses sintomas persistem por pelo menos várias semanas e causam prejuízo significativo no funcionamento do indivíduo (WHO, 2022b).

A prevalência de stress pós-traumático relacionado com o nascimento está entre 1,5% e 9% (Beck, 2004b; Pop-Jordanova, 2022).

Os efeitos de uma experiência traumática de parto são vários, há a criação de um efeito cascata (Ripple Effect) com diversas repercussões do trauma nas vidas das mulheres com consequências de longa duração ou até crónicas (Beck, 2015). Podem apresentar maior dificuldade em amamentar, em criar uma relação com o seu bebê, alterações na sua vida sexual e apresentar baixa autoestima. Passados vários anos, continuam a recordar a sua

ABORDAGEM DA PUÉRPERA COM TRAUMA PSICOLÓGICO NO PARTO – ESTUDO DE CASO

experiência de parto com dor, raiva, medo, tristeza e em alguns casos uma total ausência de memória quanto a esse evento (Cordeiro, 2022). O aniversário do evento traumático (que é também o aniversário do nascimento do seu filho) traz más memórias e muitas mulheres têm dificuldade de lidar com essa dualidade de sentimentos (Ferreira et al., 2023). Após uma experiência traumática de parto, as mulheres têm maior risco de ter um novo trauma ou de desenvolver medo do parto (Holopainen et al., 2020). Um parto vaginal traumático anterior, pode levar a grávida a optar por uma nova abordagem na gravidez seguinte. Há mulheres que optam por uma cesariana para evitar passar por um processo semelhante, ou optam por exemplo por um parto no domicílio, com uma partera privada (Ferreira et al., 2023; Holopainen et al., 2020).

O TPP é assim um problema de saúde pública internacional, relatado por cerca de 45% das mães (Pop-Jordanova, 2022). Uma experiência mais positiva ou menos positiva de parto, está frequentemente associada à sensação de apoio por parte da equipa de profissionais de saúde, à sensação de controlo do seu corpo e à sensação de participação das decisões tomadas pela equipa de saúde (Cordeiro, 2022).

A etiologia do trauma no parto tem para as mulheres diferentes justificações: perda de controlo (72%), complicações médicas maternas (54%), dor (50%), medo pela vida do bebé (46%), falta de comunicação (44%), trabalho de parto prolongado (43%), falta de apoio dos profissionais de saúde (40%), falta de autonomia e envolvimento (37%), uma intervenção específica (37%), complicação médica para o bebé (30%), falta de respeito (23%), parto não corresponder às expectativas (21%), desfecho negativo (17%), falta de uma intervenção específica (14%), trabalho de parto precipitado (8%) e falta de apoio do parceiro (7%) (Holopainen A et al., 2020).

Diversos fatores de risco parecem estar associados a experiência de TPP: antecedentes de seguimento psiquiátrico, experiência negativa no parto anterior, contato negativo com a equipa de saúde, alto nível de intervenção obstétrica, insatisfação com os cuidados recebidos durante o TP e parto, percepção de pouco apoio por parte da equipa de profissionais, pouco apoio do acompanhante, e baixo nível de controlo no TP por parte da mulher (Beck, 2004a).

De acordo com a OMS (2022) cerca de uma em cada cinco mulheres terá um episódio de saúde mental durante a gravidez ou no ano após o nascimento do bebé, e alerta que ignorar a saúde mental não só coloca em risco a saúde e o bem-estar das mulheres, como também afeta o desenvolvimento físico e emocional dos bebês (Nações Unidas, 2022).

Neste âmbito, o EEESMO tem um papel preponderante em manter a saúde da mulher nesta fase de vida, na medida em que o trauma psicológico de parto poderá ter repercussões em diversas áreas de vida da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Tendo por base um caso clínico de uma puérpera com suspeita de TPP, são objetivos deste trabalho: Sistematizar conhecimentos sobre o diagnóstico, fatores de risco e intervenções no trauma psicológico no parto, tendo por base a evidência científica.

Metodologia

Para dar resposta aos objetivos do estudo foi realizada uma revisão da literatura, suportando a estratégia de aprendizagem baseada na resolução de estudos de caso (Case-Based-Learning-CBL). Esta metodologia envolve os alunos na discussão de cenários específicos que se assemelham ou normalmente são exemplos do mundo real, com o intuito de adquirir conhecimento dessa matéria. É uma metodologia frequentemente usada por profissionais de saúde com o objetivo de realizar um estudo dos problemas e necessidades da pessoa, família e comunidade, proporcionando subsídios para que os enfermeiros estudem a melhor estratégia para resolver ou reverter os problemas identificados (Galdeano et al., 2003).

As informações do caso clínico em questão foram obtidas através de uma entrevista com a utente e posterior consulta do processo clínico com a sua autorização prévia. A confidencialidade foi garantida em todos os momentos, e foi dado o seu consentimento informado para expor este estudo de caso.

DESENVOLVIMENTO

Análise do caso clínico – Puérpera com TPP

Mulher de 31 anos, grávida de 39 semanas, com uma gravidez de baixo risco, deu entrada na urgência obstétrica com o diagnóstico de TP espontâneo. Foi internada, realizou exercícios na bola de pilates, e duchas de água morna. Às 7 horas, com 8 cm de dilatação cervical foi transferida para a sala de partos. Às 10h foi colocado o cateter epidural e não voltou a sentir dor nem contração. Algum tempo depois voltou a mobilizar-se na bola de pilates a pedido, pois sentia-se extremamente motivada para colaborar ativamente no TP, no entanto, por apresentar baixa de valores tensionais e ligeira lipotímia regressou ao leito de onde não lhe foi permitido voltar a sair. Diversos profissionais entravam na sala e realizavam o toque vaginal, sempre sem se apresentarem, darem qualquer explicação, ou solicitarem o seu consentimento para a examinar. Às 15 horas, com dilatação completa, e embora sem a presença do reflexo de Ferguson, foram iniciados esforços expulsivos em posição de litotomia por indicação da enfermeira. Foi também realizada rotura artificial das membranas. Depois de várias tentativas de puxo dirigido sem resultados na progressão fetal foi realizada uma pausa. Cerca de uma hora mais tarde, foi realizada nova tentativa de esforços expulsivos. De acordo com conversa entre as enfermeiras, percebida pela parturiente, haveria um rebordo do colo que estava a impedir a passagem do bebé. Optou-se por nova pausa. De repente, entram cerca de 10 pessoas no quarto, que não se apresentaram nem se identificaram. Começaram a colocar campos esterilizados e a abrir material sem nunca explicarem o que se passava. A Sra. questionou diversas vezes se estava tudo bem, indagando o que se passava, sempre sem uma explicação. A porta estava aberta, entraram mais pessoas e havia outras tantas no corredor. Indicaram que se realizassem novos esforços expulsivos, foram realizadas três aplicações de ventosa, manobra de Kristeller e episiotomia sem consentimento. A Sra. refere "...havia sangue por todo o lado!". Sente que "foi tratada como lixo, nem um animal deveria ser tratado assim..." refere.

Não há registo de desacelerações ou qualquer outro indício de sofrimento fetal intrauterino. A justificação clínica para a atuação foi TP estacionário e má colaboração materna, pelo que a equipa médica opto por realizar cesariana sob anestesia geral. Houve necessidade de aplicação de nova ventosa para extração do bebé na cesariana. Segundo as suas palavras antes de ficar inconsciente só pensou "o meu bebé vai morrer". Quando acordou, exatamente com o mesmo sentimento achou que o seu bebé tinha morrido.

O bebé nasceu às 18h:20m e a mãe teve contacto com ele às 21h. Esta falta de contacto com o bebé deixou-a extremamente desiludida uma vez que uma das suas expectativas era vê-lo ao nascer e estar em contacto com ele. Ela sentiu que lhe retiraram um momento único para o qual se tinha preparado toda a gravidez.

"O bebé nasceu hipotónico, cianosado, sem movimentos respiratórios eficazes. Recuperação progressiva com estimulação tátil vigorosa e pressão positiva contínua na via aérea. Ficou em ventilação espontânea sem necessidade de oxigénio suplementar desde os 5 minutos de vida. Recuperação mais tardia do tônus muscular. Índice de apgar 7/8/9. Aumento de volume de hematoma subgaleal."

O bebé foi para o internamento junto da mãe, no entanto por suspeita de aumento do perímetro cefálico (que posteriormente não se confirmou) foi internado no dia seguinte na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais para vigilância.

A alta da puérpera, foi orientada pelo Médico assistente, foram explicados sinais de alarme (físicos) que deveriam motivar a ida da puérpera ao Serviço de Urgência. O bebé teve alta dia com 5 dias de vida.

Uma vez que o rastreio neonatal tinha sido realizado durante o internamento no hospital, o primeiro contacto com a Unidade de Saúde Familiar foi no 10º dia de pós-parto, com o intuito de efetuar o tratamento da ferida cirúrgica. Regressou no 13º dia para novo tratamento e remoção do material de sutura. Finalmente teve novo contacto 30 dias após o parto, para consulta de revisão de puerpério e consulta de 1 mês do bebé. Nessa consulta foi recebida pela enfermeira de família (enfermeira generalista) que lhe colocou algumas questões sobre as dificuldades que estava a sentir, e como tinha decorrido o último mês. Quando a puérpera começou a falar das suas

ABORDAGEM DA PUÉRPERA COM TRAUMA PSICOLÓGICO NO PARTO – ESTUDO DE CASO

dificuldades sentiu necessidade de descrever como tinha sido a sua experiência de parto, descreveu uma situação extremamente violenta e agressiva, enquanto chorava, e referia sentir-se destruída, desrespeitada e violentada.

A enfermeira e a médica falaram com a puérpera, mostraram-se compreensivas, mas não houve nenhuma intervenção no sentido de gerir o trauma psicológico relacionado com o parto, nem de avaliar o estado de saúde mental da puérpera, despidando nomeadamente uma situação de depressão pós-parto.

DISCUSSÃO

No que se refere à conduta dos profissionais de saúde, todos os procedimentos (tanto no hospital como nos cuidados de saúde primários) foram realizados segundo as normas indicadas pela Direção Geral de Saúde (DGS). As únicas avaliações que faltaram e que deveriam ter sido realizadas na consulta de revisão do puerpério foram o exame físico e a aplicação da escala de Edimburgo, para detetar sinais de risco acrescido de a puérpera desenvolver uma depressão pós-parto.

Efetivamente o programa de vigilância da gravidez e puerpério da DGS não contempla uma avaliação de trauma de nascimento (diagnóstico), nem indica como os profissionais de saúde devem atuar perante a confirmação da sua existência. Não obstante, a investigação mostra que cerca de metade das mulheres apresentam TPP (Zhang et al., 2023).

A OMS refere no seu guia de orientação para integração da saúde perinatal nos serviços de saúde, que os serviços de saúde deverão aproveitar o período perinatal como momento de excelência para avaliar e apoiar a saúde mental das mulheres (WHO, 2022a). A incidência de problemas de saúde mental neste período é de cerca de 20%, no entanto a maioria das mulheres necessita apenas de um pequeno apoio para manter a sua saúde mental (WHO, 2022a). Assim, é essencial que os serviços de saúde se organizem de forma a fornecer a todas as mulheres neste período um apoio de saúde mental adequado às suas necessidades (WHO, 2022a).

A DGS elaborou um manual de orientação para profissionais de saúde “Promoção de saúde mental na gravidez e primeira infância” (Direção Geral de Saúde, 2005). Neste manual não é abordado em nenhum momento o facto do momento do parto poder deixar marcas psicológicas, e como tal não inclui a abordagem da mesma.

Proposta de intervenção

Inicialmente, aquando da alta, deveria ter sido realizada uma avaliação da existência de um TPP. O sistema nacional de saúde não prevê essa avaliação antes da alta hospitalar, mas seria benéfico adotar essa medida, nomeadamente através da aplicação de uma escala de avaliação de TPP. Se essa avaliação tivesse sido efetuada, teria sido devidamente encaminhada para suporte psicológico imediato, pelo risco que o trauma apresenta de ter repercussões nos cuidados ao bebé nas primeiras semanas de vida. Posteriormente, quando há o primeiro contato com os cuidados de saúde primários, a avaliação da existência de trauma deveria ser novamente pesquisada. Esta repetição justifica-se pela necessidade que a mulher por vezes tem de “digerir” os acontecimentos. E de fato, frequentemente, a forma como determinado acontecimento deixou um trauma só é percecionada pelo indivíduo muito tempo depois do evento ter ocorrido.

Caso o enfermeiro / médico do centro de saúde não disponham de recursos para realizar o despiste da existência de um TPP, é essencial encaminhar a puérpera para uma avaliação psicológica (consulta de psicologia ou de psiquiatria). Na avaliação psicológica é premente para além de avaliar a existência de trauma psicológico relacionado com o nascimento, despistar depressão pós-parto e pesquisar a existência de stress pós-traumático (SPT) associado ao parto.

Existem neste caso 3 diagnósticos diferenciais a realizar, para os quais existem escalas próprias:

Trauma Psicológico de parto – existe apenas uma escala em inglês específica para detetar TPP (Zhang et al., 2023).

Depressão pós-parto - autoaplicação da escala de Edimburgo (Augusto et al., 1996).

Stress pós-traumático associado ao parto – aplicação da *City Birth trauma scale* adaptada para português (Donadon et al., 2020).

A única escala específica para avaliar a existência de TPP, é uma escala de autoaplicação de 15 itens, foi construída por Zhang e a sua equipa em 2023 (Zhang et al., 2023).

Existe também uma escala que avalia a experiência de parto - *Childbirth Experience Questionnaire* - que se encontra validada para português, embora esta não avalie especificamente TPP (Marques et al., 2022).

Após o diagnóstico da existência de TPP há uma abordagem frequentemente usada em países como a Inglaterra ou a Austrália, que é o *Debriefing* pós-Natal (desde 1990). Trata-se de uma intervenção psicológica estruturada para prevenir problemas psicológicos pós-natais causados por trauma de parto (Rowan et al., 2007).

Frequentemente os serviços de saúde nestes países incluem uma consulta de *Debriefing* pós-Natal, para mulheres que experienciaram uma experiência traumática no parto, que geralmente é feita uns dias após o parto e com a presença de um profissional de saúde (geralmente uma *Midwife*), que pode ou não ter estado presente no parto, onde são revistos e discutidos os registos clínicos, e o “passo a passo” das práticas ocorridas (Baxter, 2019). Mais tarde pode ser realizado um *Debriefing* psicológico, no sentido de abordar os sentimentos reprimidos pela mulher, e de sarar feridas emocionais decorrentes do parto. Este pode ser realizado por profissional de saúde mental ou por uma *Midwife*.

A literatura demonstra diversos benefícios desta prática (Baxter et al., 2014). O *Debriefing* foi considerado uma metodologia satisfatória tanto pelas mulheres como pelos profissionais que as acompanham (Gamble et al., 2004b, 2004a). As mulheres têm uma clara necessidade de falar das suas histórias de parto, de serem ouvidas, receber informações e obter uma maior compreensão da sua experiência (Baxter, 2019).

Uma compreensão mais clara dos eventos e a sua justificação permite às mulheres reconciliarem-se com a sua experiência de parto (Gamble et al., 2004b).

Scores mais elevados em escalas de avaliação de SPT relativo à experiência de parto, parecem estar associados a mulheres com experiências de parto mais negativas. Por sua vez estas mulheres demonstram uma necessidade maior de falar das suas experiências de parto com um profissional (Baxter, 2019). Assim, disponibilizar um espaço para as mulheres que pretendam, de modo a partilharem a sua história e esclarecer dúvidas, poderá ser uma forma simples de filtrar casos de SPT associado ao parto.

Em alguns contextos, os homens são incluídos no processo de *Debriefing* e noutros ainda, realizam uma consulta individual (Baxter, 2019).

CONCLUSÃO

As questões relacionadas com a saúde mental têm tido cada vez mais enfoque pela sociedade de um modo geral, e o ciclo gravídico-puerperal não é exceção. No entanto, a rede de suporte da saúde mental por parte do sistema de saúde nesta fase do ciclo de vida da mulher, é ainda muito frágil (em especial durante o puerpério). No que se refere ao TPP, apesar de cerca de metade das mulheres apresentar esse diagnóstico, não existe nenhum mecanismo do sistema de saúde português que permita diagnosticá-lo, lidar com todas as repercussões que pode ter, nem tão pouco tratá-lo.

A presença deste diagnóstico poderá ter repercussões diversas e de acentuada gravidade em diferentes aspetos (no desempenho do papel parental, na relação íntima do casal, na amamentação, na programação de novo evento reprodutivo, etc.). Assim, parece premente disponibilizar ferramentas diagnósticas, e desenvolver programas de gestão do TPP nas equipas de saúde, de forma a acolher estas mulheres e ajudá-las a resolver o seu trauma psicológico de parto.

O foco deverá estar também na prevenção do TPP, e este requer uma alteração da dialética da equipa de saúde durante o parto, alterando uma postura paternalista e interventiva, para uma postura de incluir a mulher e pessoa significativa na equipa. É essencial incluir a mulher (e pessoa significativa) nas discussões e decisões no decorrer de todo o processo, permitir que esteja ativamente envolvida em todo o processo de tomada de decisão no que diz respeito aos cuidados que lhe são prestados, maximizando a sensação de controlo durante o TP.

ABORDAGEM DA PUÉRPERA COM TRAUMA PSICOLÓGICO NO PARTO – ESTUDO DE CASO

O consentimento informado deve ser solicitado antes de qualquer procedimento, efetivamente a interação em volta da intervenção é muitas vezes mais importante do que a própria intervenção.

A tomada de decisão compartilhada, a boa comunicação, o consentimento informado e o apoio contínuo e positivo durante o TP têm o potencial de reduzir a morbidade psicológica após o nascimento. Em conclusão, as mulheres devem ser colocadas no centro dos cuidados de saúde que lhes são prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. In *Psychological Medicine* (Vol. 26).
- Baxter, J. (2019). Postnatal debriefing: women's need to talk after birth. *British Journal of Midwifery*, 27(9), 563–571.
- Baxter, J., McCourt, C., & Jarrett, P. M. (2014). What is current practice in offering debriefing services to postpartum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature. *Midwifery*, 30(2), 194–219. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.013>
- Beck, C. T. (2004a). Birth Trauma In the Eye of the Beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28–35.
- Beck, C. T. (2004b). Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth The Aftermath. *Nursing Research*, 53(4), 216–224. www.tabs.org.nz;
- Beck, C. T. (2015). Middle range theory of traumatic childbirth: The ever-widening ripple effect. *Global Qualitative Nursing Research*, 2015, 1–13. <https://doi.org/10.1177/2333393615575313>
- Campos, V. S., Morais, A. C., Do Nascimento Souza, Z. C. S., & De Araújo, P. O. (2020). Conventional practices of childbirth and obstetric violence under the perspective of puerperal women. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35453>
- Cordeiro, A. C. (2022). *As outras dores do parto: um outro olhar sobre experiências de sofrimento e traumatismos de parto* [Mestrado Integrado em Psicologia]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Direção Geral de Saúde. (2005). *Manual de orientação para profissionais de saúde - Promoção de saúde mental na gravidez e primeira infância*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Saude_Mental_e_Gravidez_primeira_infancia_Folheto_DGS_2005.pdf
- Donadon, M. F., Darwin, A. C. R., Bombonatti, E. A., Pereira-Lima, K., Santos, R. G., Machado-De-sousa, J. P., da Silva, T. D. A., Poli Neto, O. B., Gasparido, C. M., Cantilino, A., Souza, L. D. de M., Ayres, S., & Osório, F. L. (2020). Cross-cultural adaptation of the city birth trauma scale for the brazilian context. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 47(4), 110–118. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000243>
- Ferreira, E., Rufino, A., & Fernandes, M. S. (2023). Efeito cascata: a experiência traumática de parto Ripple effect: experiencing a traumatic birth. *Revista de Ciências Da Saude Da ESSCVP*, 15, 32–49. www.salutisscientia.esscvp.eu
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371–375. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692003000300016>
- Gamble, J., Creedy, D., & Moyle, W. (2004a). Counselling processes to address psychological distress following childbirth: perceptions of midwives. *Aust. Mid.J.ACM*, 17(3), 16–19. www.tabs.org.nz/;
- Gamble, J., Creedy, D., & Moyle, W. (2004b). Counselling processes to address psychological distress following childbirth: perceptions of women. *Aust. Mid.J.ACM*, 17(3), 12–15.
- Gomes, L., Maior De Oliveira, S., & Albuquerque, A. (2018). Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes*. *Revista CEJ*, 36–50. http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-CEJ_n.75.03.pdf

- Holopainen A, Van Pampus MG, Stramrood C, Schuengel C, & Hollander M. (2020). Subsequent childbirth after previous traumatic birth experience: women's choices and evaluations. *Br J Midwifery*, 28(8), 488–496. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.8.488>
- ICN. (2019). ICNP Browser. In *ICN*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Lazzerini, M., Covi, B., Mariani, I., Drglin, Z., Arendt, M., Hersoug Nedberg, I., Elden, H., Costa, R., Drandi, D., Radeti, J., Ruxandra Otelea, M., eline Miani, C., Brigidi, S., Roz ee, V., Mihevc Ponikvar, B., Tasch, B., Kongslien, S., Linden, K., Barata, C., ... Pessa Valente, E. (2021). Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet Regional Health - Europe*, 13, 100268. <https://doi.org/10.1016/j>
- Marques, M. J. P., Zangão, O., Miranda, L., & Sim-Sim, M. (2022). Childbirth Experience Questionnaire: Cross-cultural validation and psychometric evaluation for European Portuguese. *Women's Health*, 18. <https://doi.org/10.1177/17455057221128121>
- Miller, L. J. (2002). Postpartum Depression. *Journal of American Medical Association*, 287(6), 762–765. <http://jama.jamanetwork.com/>
- Nações Unidas. (2022, September 19). *OMS: 20% das mulheres terão doença mental durante gravidez ou pós-parto*. UN News. <https://news.un.org/pt/story/2022/09/1801501>
- Pop-Jordanova, N. (2022). Childbirth-Related Psychological Trauma. *PRILOZI*, 43(1), 17–27. <https://doi.org/10.2478/prilozi-2022-0002>
- Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. In *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* (Vol. 49, Issue 2, pp. 127–136). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001>
- Rowan, C., Bick, D., Helena da Silva Bastos, M., Lecturer, S., of Midwifery, P., & Assistant, T. (2007). Postnatal Debriefing Interventions to Prevent Maternal Mental Health Problems After Birth: Exploring the Gap Between the Evidence and UK Policy and Practice. In *Worldviews on Evidence-Based Nursing* (Vol. 4, Issue 2).
- WHO. (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. WHO Statement. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf
- WHO. (2022a). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>
- WHO. (2022b, June 8). *Mental disorders*. NewsRoom. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders/?gclid=CjwKCAiA8NKtBhBtEiwAq5aX2LJP9PcaXg51QU7x-2GTGtNaVHxnd9pfujc_cRemQX3xPKT1dBCaxoCwOQAQAvD_BwE
- Zhang, K., Wu, M., Zeng, T., Yuan, M., Chen, Y., & Yang, L. (2023). Development and psychometric testing of a scale for assessing the psychological birth trauma. *Frontiers in Psychology*, 14, 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1071336>

