

Artigo de Revisão de Literatura

## Efeito cascata: a experiência traumática de parto

Ripple effect: experiencing a traumatic birth

Elisa Ferreira<sup>1</sup>, Aida Rufino<sup>1</sup>, Mariana Serpa Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria, Lisboa. [Elisa4ferreira@gmail.com](mailto:Elisa4ferreira@gmail.com); [aidarufino@gmail.com](mailto:aidarufino@gmail.com); [11marianafernandes@gmail.com](mailto:11marianafernandes@gmail.com)

O trauma é uma resposta emocional individual derivada de um estímulo psicológico intenso com impacto nos mecanismos normais de *coping*. Para muitas mulheres, a sua experiência de parto é um momento negativo, traumático e com múltiplas repercussões. Neste artigo de revisão, pretende-se mapear a evidência científica sobre a experiência traumática de parto e dar resposta à seguinte questão de investigação: “Qual o impacto da experiência traumática de parto na mulher e equipa multidisciplinar?”.

A seguinte equação de pesquisa {(Birth Trauma OR Perinatal Trauma OR Perinatal Emotional Trauma OR Traumatic Birth Experience OR Traumatic Birth) AND (Midwifery OR Childbirth)} foi utilizada na pesquisa em bases de dados (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Pubmed). Foram selecionados 13 artigos após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão.

As mulheres atribuem vários fatores ao trauma, entre os quais pressão emocional, abuso verbal/físico, discriminação, falta de comunicação, apoio e/ou escolhas. A experiência traumática de parto tem impacto não só na saúde mental e física das mulheres, mas também na relação mãe-filho, aleitamento materno e desenvolvimento infantil. Além disso, perturba a relação com os profissionais e serviços de saúde e pode reduzir o número de filhos que os casais decidem ter. Para a mulher, este trauma pode inclusive conduzir ao Transtorno de *Stress* Pós-Traumático. Para além de consequências materno-infantis, para os profissionais de saúde envolvidos, esta experiência pode causar sintomas e consequências específicas.

*Trauma is the individual emotional response to an intense stimulus which surpasses normal coping mechanisms. For many women, their birth experience is negative, traumatic and has many consequences. Therefore, the objective is to map the scientific evidence on traumatic birth experiences and address the research question: "What is the impact of a traumatic birth experience on women and healthcare professionals?"*

*The following equation {(Birth Trauma OR Perinatal Trauma OR Perinatal Emotional Trauma OR Traumatic Birth Experience OR Traumatic Birth) AND (Midwifery OR Childbirth)} was used to carry out research in databases (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials and Pubmed). Obtained data was filtered through inclusion and exclusion criteria, resulting in the selection of 13 articles.*

*Women attribute many factors to trauma. Among those are emotional pressure, verbal/physical abuse, discrimination, lack of communication, support and/or choices. A traumatic birth experience impacts not only the mental and physical health, but also the relationship between mother and child, breastfeeding and childhood development. Moreover, it disturbs the relationship with healthcare providers and health services and can reduce the number of children couples decide to have. For the mother, such trauma can lead to Post Traumatic Stress Disorder, while for healthcare professionals involved in the birth, the experience presents symptoms and consequences of their own.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Parto; experiência traumática de parto; parto traumático; parteira.

**KEY WORDS:** Childbirth; traumatic birth experience; birth trauma; midwifery.

Submetido em 10.05.2023; Aceite em 21.07.2023; Publicado em 28.07.2023.

\* **Correspondência:** Elisa Ferreira  
**Email:** elisa4ferreira@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O trauma surge de uma experiência de vida<sup>1</sup>, o seu conceito está presente desde a década de 80 com a inclusão do conceito de Transtorno do Stress Pós-Traumático (TSPT) no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III* (Manual utilizado a nível mundial para diagnóstico de problemas de saúde mental)<sup>2</sup>. Considerado como um evento bastante relevante na sociedade, as experiências traumáticas podem resultar de eventos remotos ou atuais e podem surgir de eventos isolados (catástrofes naturais, abuso sexual ou físico, acidentes de viação, presenciar violência, encontros com serviços de saúde) ou de vivências que percorrem gerações, com origem na perturbação da vinculação, cuidadores pouco responsáveis (negligência), problemas no desenvolvimento e violência familiar e/ou ser complexo<sup>1,3</sup>.

Assim, o trauma é uma resposta emocional que envolve um estímulo psicológico intenso como resposta à perceção de um perigo ou de uma ameaça, com impacto nos mecanismos normais de coping<sup>1</sup>.

Nos serviços de saúde, o parto, considerado por muitas mulheres como um evento normal e natural<sup>4</sup>, poderá ser assumido como uma experiência causadora de stress, para outras<sup>2</sup>. Ao longo da sua vida, as mulheres deparam-se com histórias de partos vividos em contexto de terror, documentadas nas notícias e partilhadas entre pares desde a sua infância<sup>2</sup>. Na sociedade é concebida a noção de que a mulher deve suportar todos os eventos inerentes ao parto, assim como a possibilidade de não sobreviver<sup>2</sup>. Toda esta realidade contrapõe-se com a realidade em que o parto se assume como um

evento “normal” e feliz, muitas vezes visualizado em filmes, de forma que se torna difícil de aceitar o trauma. Nesta bipolaridade, mães e pais podem sentir-se desvalorizados e com dificuldade em solicitar ajuda<sup>5</sup>.

O termo *birth trauma* (parto traumático) tem sido progressivamente assumido nas experiências traumáticas de parto<sup>1</sup>, sustentado pelo número de mulheres que assumem o parto como uma vivência traumática<sup>6</sup>. Estes eventos podem levar ao TSPT (pós-parto)<sup>6,7</sup>, associado aos sintomas psicológicos desenvolvidos após ou na consequência da exposição de uma experiência traumática de parto ou *stressante*<sup>6,8</sup>.

Estima-se que, no Reino Unido, um terço das mulheres percecionam a sua experiência de parto como traumática, e uma em vinte cinco mulheres sejam diagnosticadas com TSPT, resultante da sua experiência traumática de parto<sup>9-10</sup>. Outros dados apontam para que cerca de 1-4% das mulheres experienciam TSPT associado ao parto, muitas mulheres sofrem de sintomas associados ao trauma e cerca de 60% das mulheres sentem que o parto foi uma experiência negativa<sup>2</sup>. É importante compreender o efeito desta experiência traumática para que se possa prevenir as consequências negativas mais significativas<sup>7</sup>.

Perante esta realidade e enquanto objetivo, desta revisão, pretende-se mapear a evidência científica sobre a experiência traumática de parto.

## METODOLOGIA

Para dar resposta à problemática descrita, formulou-se a seguinte questão de investigação: “Qual o impacto da experiência traumática de parto na mulher e equipa multidisciplinar?”.

De uma pesquisa preliminar, que permitiu o reconhecimento e consenso dos vários conceitos em estudo, com os descritores *Birth Trauma* (linguagem livre) e *Midwifery* (MeSH/Desc 2023), surgiu consequentemente uma pesquisa com os termos encontrados na evidência científica, utilizados enquanto linguagem livre. Esta pesquisa foi realizada em bases de dados, nomeadamente CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Pubmed. Foram utilizados os seguintes descritores Mesh/Desc 2023: *Midwifery* e *Childbirth* e os termos supramencionados, produzindo a seguinte equação de pesquisa {(*Birth Trauma* OR *Perinatal Trauma* OR *Perinatal Emotional Trauma* OR *Traumatic Birth Experience* OR *Traumatic Birth*) AND (*Midwifery* OR *Childbirth*)} (Tabela 1).

Aplicou-se a restrição temporal de cinco anos (janeiro de 2018 a dezembro de 2022) e a pesquisa decorreu em abril de 2023. Foram incluídos artigos em português e inglês, disponíveis em texto completo com acesso gratuito e que se patenteavam nas consequências psicológicas de eventos traumáticos relacionados com parto e/ou trabalho de parto e/ou sobre TSPT Pós-Parto. Foram excluídos artigos que se limitavam ao trauma perineal e/ou físico associado à gravidez, parto e/ou trabalho de parto. Assim, incluíram-se 13 artigos.

De referir que foi incluída literatura cinzenta, nomeadamente, disponibilizada online pela *American College of Obstetricians and Gynecologists*, pela *American Psychiatric Association*, pelo *Department for Health and Wellbeing (Government of South Australia)*, pela Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e No Parto e pela *Make Birth Better*. Por fim, foram incluídos livros sobre experiência traumática de parto<sup>1,2,9</sup>.

## TRAUMA E EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA DE PARTO

O trauma pode surgir na sequência de eventos isolados ou outros, resultando da percepção individual de cada pessoa e de um conjunto de diferentes fatores de risco<sup>1,5,7,9</sup>. No âmbito da saúde materna e obstétrica, surgem múltiplas definições e características relativas à experiência traumática de parto, que se pretendem explorar de seguida.

O trauma resulta do que é percecionado pela pessoa<sup>1,5,9</sup> e não pode ser definido ou quantificado pelos profissionais de saúde<sup>1</sup>, considerando que independentemente da sua percepção, poderá haver trauma e as consequências subjacentes ao mesmo<sup>1</sup>. Neste sentido, não se devem realizar julgamentos ou suposições, especialmente considerando que estes poderão ter sido uma das causas do trauma<sup>9</sup>. De salientar, que não só as pessoas que procuram os cuidados como as que prestam estes cuidados de saúde materna, podem trazer consigo as consequências da exposição prévia a traumas<sup>1</sup>.

Os fatores de risco incluem o trauma prévio<sup>1,7,9</sup>, que aumenta a probabilidade de uma percepção dos eventos (incluindo o parto) enquanto traumáticos, considerando a interpretação do mundo como inseguro e ameaçador<sup>1</sup>, ou seja, quanto mais problemas de saúde mental prévios, maior a percepção do parto enquanto traumático<sup>11</sup>. Outros fatores de risco são ser de um meio empobrecido<sup>12</sup>, a dificuldade em lidar com a imprevisibilidade<sup>13</sup>, perfeccionismo<sup>13</sup>, ser migrante<sup>14-15</sup>, pertencer a uma minoria étnica, ser lésbica, apresentar dificuldades de aprendizagem, deficiência física<sup>14</sup> e falta de apoio social, do parceiro ou família<sup>11</sup>.

Na ligação aos cuidados na área de saúde materna, a experiência traumática de parto assume várias definições<sup>7</sup>. Uma definição proposta de Experiência Traumática de Parto diz respeito à experiência da mulher resultante de interações e/ou eventos

diretamente relacionados com o parto que causaram *stress* e reações intensas e angustiantes, tendo como consequência impacto a curto e longo prazo na saúde e bem-estar da mulher. Esta definição centra-se na experiência individual de cada mulher, na qualidade de interações com os profissionais de saúde e numa grande variedade de eventos que possam resultar em várias consequências para a mesma<sup>6</sup>. Clarifica-se que as situações que antecedem ou procedem o parto e nascimento também são incluídas nesta definição<sup>6,15</sup>.

A teoria do Parto Traumático (*Middle Range Theory of Traumatic Childbirth*) tem por base uma definição deste trauma, e explica que o mesmo surge de um evento ou eventos que ocorrem a qualquer mulher durante a gravidez, implicando a retirada da sua dignidade, lesão real ou ameaçada à mesma ou ao filho<sup>7</sup>. A mulher pode sentir terror/horror, impotência ou falta de controlo. Este trauma pode ser físico ou psicológico<sup>7</sup>, porém, como referido anteriormente, o presente artigo foca-se apenas na perspetiva do trauma psicológico.

Torna-se importante haver investimento na melhoria da prática, rastreio, referenciação para especialistas em saúde mental, educação, consciencialização, investigação, promoção dos direitos das mulheres e políticas de saúde<sup>6</sup>.

### Características dos partos traumáticos

Algumas mulheres têm experiências durante o parto e/ou gravidez que seriam traumatizantes para qualquer pessoa<sup>9</sup>. Todavia, partos com elementos em comum podem ser experiências traumáticas para uma mulher e não para outra<sup>5,7</sup>. A percepção da mulher e dos profissionais de saúde sobre determinada situação poderá ser distinta. A mulher, o obstetra e a parteira podem ter percepções diferentes em relação à mesma intervenção<sup>9</sup>.

Um dos estudos abordou o que as mulheres com experiências traumáticas de parto atribuíam ao trauma: 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%)<sup>16</sup>. Outra evidência científica acrescenta outros fatores, presentes na Tabela 2.

O mesmo estudo abordou as várias características dos partos traumáticos. As mulheres que consideravam o parto enquanto traumático haviam sido submetidas a diferentes elementos/experiências: aceleração do trabalho de parto (46%), episiotomia (42%), indução de trabalho de parto (37%), parto instrumentado por ventosa (30%), cesariana não programada (26%), perda de sangue excessiva superior a 1000 ml (25%), parto espontâneo sem intervenções (12%), dequitação manual (10%), distócia de ombros (6%) e cesariana eletiva (2%)<sup>16</sup>. Todas estas experiências e elementos encontram-se na Tabela 3.

Num questionário realizado pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto em 2015, surgiram relatos de práticas não recomendadas e consideradas pela comunidade científica enquanto violência obstétrica e/ou procedimentos sem consentimento informado claro e esclarecido ou inclusive contra a vontade expressa da mulher. Dois terços das mulheres relataram não ter feito parte do processo de tomada de decisão durante o trabalho de parto. Também, um número significativo de mulheres afirmou não se ter sentido em segurança nem respeitada, o que contribuiu para uma experiência pessoal negativa com impacto nas relações interpessoais (bebé e parceiro).

Conscientes de que as expectativas prévias têm grande influência na experiência de parto, quase 44% das inquiridas referiu não ter tido a experiência que pretendiam<sup>17</sup>.

## **IMPACTO DOS PARTOS TRAUMÁTICOS**

### **Na mulher, recém-nascido e família**

Da literatura surge o reconhecimento e o consenso de que as grávidas podem integrar problemas prévios ou desenvolvê-los durante a gravidez, prolongando-se no período pós-parto ou desenvolvendo-os neste período.<sup>18</sup> Os sintomas relacionados com a experiência traumática de parto podem durar um dia, uma semana, um mês ou vários anos<sup>15</sup>. De forma global, as experiências traumáticas têm efeito negativo na saúde mental e física, traduzindo-se em ansiedade, depressão e doenças cardiovasculares<sup>3</sup>.

Muitos pais e mães encaram a gravidez com esperança e elaboram planos para o futuro da sua família<sup>1</sup>. O parto é um evento de vida complexo<sup>18</sup> e a porta para a parentalidade<sup>2</sup> com respostas psicológicas positivas ou negativas<sup>18</sup>. A experiência positiva potencia um sentimento de confiança, poder e orgulho, preparando a mulher para os novos desafios<sup>2</sup>, antagonizando com uma experiência traumática de parto, que tem um impacto devastador na mulher e nas pessoas que lhe são próximas<sup>2,5,9</sup>. O sentimento de compromisso e responsabilidade em cuidar do recém-nascido, conjugado com a sensação de pouco tempo disponível para processar a experiência, pode significar que esta estará presente durante anos<sup>2</sup>. Desta forma, os efeitos de uma experiência traumática de parto são vários, há a criação de um efeito cascata (*Ripple Effect*) com consequências de longa duração ou crónicas<sup>7</sup>.

Esta experiência reduz a qualidade de vida<sup>19</sup> e afeta a própria percepção<sup>2</sup>, causando sentimentos de infelicidade<sup>19</sup>, isolamento e sensação de incompreensão por parte das pessoas que a envolvem<sup>9</sup>. A sua relação com os outros fica afetada, nomeadamente com os profissionais de saúde<sup>2</sup>, podendo resultar em comportamentos de agressividade<sup>7</sup>.

A saúde mental materna, que inclui a sua adaptação ao período pós-parto, transporta os profissionais de saúde para a importância do diagnóstico precoce<sup>4</sup> e tratamento adequado<sup>11</sup>. Podem surgir sintomas de Transtorno de Stress<sup>7,18</sup>, cuja intensidade e duração nos leva ao fenómeno raro de TSPT<sup>18</sup>. Neste contexto, o risco de ideação suicida perinatal aumenta perante os antecedentes psiquiátricos prévios, má qualidade do sono, violência doméstica, trauma psicológico, físico ou sexual<sup>20</sup>.

O impacto na parentalidade é evidente<sup>15</sup>, ao afetar a relação mãe-filho<sup>7,19</sup>, consequentemente, compromete o desenvolvimento cognitivo e emocional dos descendentes<sup>7</sup>, tal como sentimentos de vergonha e raiva podem ser vivenciados pelos pais e mães<sup>5</sup>. O trauma parental está relacionado com múltiplas consequências infantis tais como o temperamento difícil, ansiedade de separação, agressividade, internalização e externalização de problemas, evitar conflitos, atenção seletiva para perigos e *stressors*<sup>1</sup>.

No período pós-natal existe a possibilidade de a amamentação revelar-se num momento marcante no processo da transição para a parentalidade. Subsistem mulheres que atribuem à amamentação bem-sucedida a forma de compensar o filho pelo seu nascimento traumático ou uma forma de distração para encobrir os pensamentos sobre o trauma<sup>7</sup>. Porém, pode haver impacto negativo no sucesso do aleitamento materno e inclusive culminar num trauma ou traumatizar uma mulher com experiência prévia de trauma<sup>1</sup>. Neste contexto, poderá haver uma associação do momento da

amamentação a um momento de violação, vivenciado no parto, onde suportou dor física intensa relacionada com o trauma de parto. Nestas associações, estão ainda incluídas a percepção de uma quantidade de leite insuficiente, pensamentos intrusivos da experiência traumática de parto durante a amamentação ou sentimentos de separação em relação ao seu filho<sup>7</sup>.

Tanto o aniversário do “trauma” quanto as semanas e meses que levam a esta data são períodos de fragilidade e vulnerabilidade, com pensamentos e emoções desagradáveis (temor, ansiedade, medo, tristeza e culpa). Ao contrário de outros eventos traumáticos, o aniversário do trauma é, em simultâneo, um momento de celebração, que é vivido como um momento difícil, de reabertura de feridas, fragilidade e vulnerabilidade<sup>7</sup>.

Os casais poderão elaborar o seu projeto de vida que inclua o número de filhos, o tipo de educação que pretendem, os cuidados de saúde durante a gravidez e parto. Porém, o trauma pode perturbar este projeto de vida, e levar ao impacto negativo no número de filhos (optar por não ter filhos subsequentes)<sup>1</sup>, ou adiar/evitar a nova gravidez/filho<sup>1,19</sup>. Os dados portugueses do estudo mencionado anteriormente, referem que 14,1% das mulheres afirmou que a experiência de parto influenciou negativamente a vontade de ter mais filhos<sup>17</sup>.

A partofobia é o medo patológico ou o evitar do parto. Cerca de 5% a 20% da população feminina sente este medo que influencia negativamente a gravidez e/ou o recém-nascido, tendo como fatores de risco a gravidez não planeada, o parto instrumentado prévio, a cesariana de emergência ou a experiência de parto anterior negativa e/ou traumática<sup>21</sup>. Os partos seguintes podem ser momentos de grande ansiedade e podem não ajudar a conciliar a experiência anterior<sup>7</sup>. Após uma experiência traumática de parto, as mulheres têm risco de ter um novo trauma<sup>16</sup>.



O parto vaginal traumático anterior, pode levar a grávida a optar pela cesariana<sup>1,16</sup>. Com o aumento da taxa de cesarianas e aumento da morbidade e mortalidade associada a este procedimento cirúrgico, esta informação é preocupante considerando aumentar a probabilidade de danos, morte e consequentemente o risco de um novo trauma, considerando este procedimento ser um fator de risco. Outra opção de mulheres previamente sujeitas a trauma perinatal é a decisão de parir sem apoio nem presença de profissionais de saúde qualificados (*freebirthing*) ou a opção de um parto no domicílio com uma parteira privada<sup>1</sup>.

No estudo mencionado anteriormente, foi possível averiguar as decisões das mulheres na gravidez subsequente: criação de um plano de partos (53%), querer saber o máximo de informação possível (53%), apoio de profissionais (51%), livros, *websites* e redes sociais (35%), apoio da rede social (31%), yoga e *mindfulness* (18%), apoio de outras grávidas (14%), formação de grávidas sobre saúde física (13%), aulas de preparação para o nascimento (9%), *hypnobirthing* (8%) e querer saber o mínimo de informação possível (7%)<sup>16</sup>.

No mesmo estudo, outras mulheres tomavam decisões contra parecer médico na gravidez seguinte, como por exemplo: parir acompanhada da parteira em vez de com supervisão de obstetra (8%), parto domiciliar em vez de parto hospitalar (5%), recusar teste diagnóstico de diabetes gestacional (4%), não permitir monitorização cardíaca fetal contínua durante o parto (3%), recusar a punção de acesso venoso (3%), não realizar ecografias para determinar data provável de parto (1%), gravidez não assistida (1%), parto não assistido (1%), mais *check-ups* do que recomendado (25%), mais consultas para abordar os desejos maternos para a gravidez e parto (10%), indução de trabalho de parto eletiva (5%), cesariana programada (7%) e apoio de *doula* (3%)<sup>16</sup>. A realização de um plano de parto, a opção de um parto no domicílio e cesariana programada estavam associados a uma experiência

de parto subsequente mais positiva<sup>16</sup>. As mulheres devem ser apoiadas caso pretendam que o parto seguinte seja diferente<sup>5</sup>. Com base neste estudo, 53% das mulheres consideraram a experiência de parto, da gravidez subsequente, enquanto positiva<sup>16</sup>.

O conceito de TSPT, Pós-trauma e sintomas de *Stress* Pós-Traumático, fundem-se na sua prática intuitiva, no entanto a evidência mostra que, embora possa resultar de qualquer evento traumático em que a pessoa desenvolva sintomas<sup>9</sup>, nem sempre termina em patologia<sup>1,9,15</sup>. Os antecedentes pessoais de traumas e outras alterações na saúde mental interferem na evolução desta patologia, sendo que na área de saúde materna a mulher com experiências de abuso sexual e outras patologias no âmbito mental, terão maior probabilidade para o TSPT Pós-Natal<sup>5</sup>.

O TSPT Pós-Natal caracteriza-se pelo facto de a mulher experienciar o evento traumático repetidamente<sup>9</sup> e incontrolavelmente<sup>7</sup> através de *flashbacks*, pesadelos ou pensamentos intrusivos que causam *stress* e pânico<sup>7-9</sup>, que interferem na sua capacidade de viver no presente e de dormir<sup>7</sup>. Na área da saúde materna, a mulher tende a afastar-se de tudo o que poderá estar associado à maternidade, nomeadamente a proximidade da instituição de saúde onde decorreu o nascimento do seu filho<sup>9</sup>, evitar o contacto com outras mulheres que vivenciam o seu momento de maternidade<sup>7-9</sup> e sentir dificuldade em conectar-se com o próprio filho<sup>7</sup>.

Outros comportamentos assinalam esta patologia, enquanto o seu conceito prévio de maternidade se transforma numa ilusão<sup>7</sup>, a mulher mantém-se em alerta constante<sup>9</sup>, que se manifesta através da raiva, insónias, irritabilidade, aumentos dos níveis de ansiedade e de preocupação, refletindo-se na sua relação com o mundo, nomeadamente com as pessoas que lhe são significativas, seu filho, profissionais de saúde e como se vê e se relaciona

consigo própria, enquanto é invadida por sentimentos de tristeza e culpa pelo parto traumático<sup>7</sup>.

Uma das escalas utilizadas para ajudar a identificar e referenciar mulheres com TSPT Pós-Natal é denominada de CityBiTS (*City Birth Trauma Scale*), porém não foi encontrada validação para a população portuguesa. Histórias de abuso, gravidez não planeada, algáliação durante o trabalho de parto, cesariana emergente e a impossibilidade de amamentar na primeira hora de vida estavam associados a pontuações elevadas, nesta escala. O risco de desenvolver depressão pós-parto era superior entre as mulheres que reportavam pelo menos um dos sintomas de TSPT do que aquelas que não reportavam qualquer sintoma<sup>22</sup>. Contudo, o diagnóstico de depressão pós-parto não é sinónimo de experiência traumática de parto<sup>5</sup> e a intervenção deve ser diferente<sup>15</sup>.

### **Na equipa multidisciplinar**

Os profissionais de saúde que trabalham no contexto da maternidade não estão imunes ao *stress*, vivido diariamente. Reconhecido como um dos serviços de saúde mais gratificantes, mas com igual probabilidade de se tornar difícil, triste e desafiante<sup>9</sup>. Vários profissionais de saúde que trabalham em maternidades atribuem a culpa das experiências traumáticas à forma como os partos se têm tornado, nos últimos anos, progressivamente mais associados a intervenções<sup>2</sup>. O trauma também está presente nestes profissionais, que tentam fazer o melhor para ajudar grávidas/mulheres<sup>9-10,15</sup>.

A raiva é outra emoção *stressante* sentida pelas enfermeiras parteiras, resultante do seu envolvimento observacional de práticas obstétricas abusivas para com as mulheres em trabalho de parto, sucedidos de exames vaginais ou em comportamentos rudes durante o parto. Esta raiva era dirigida a si próprias, pelo facto de não advogar adequadamente pelas grávidas, durante o trabalho

de parto. Enquanto a impotência, também sentida, oriunda da sua incapacidade em proteger as utentes de partos traumáticos, questionando-se do que poderia ter acontecido de forma diferente, chocadas imediatamente após partos traumáticos<sup>7</sup>. A morte materna ou infantil é particularmente traumatizante para as parteiras<sup>23</sup>.

O parto traumático promove mudanças na prática dos profissionais, influencia a autoconfiança, cria sentimentos de falta de profissionalismo. Faz com que o profissional de saúde seja mais cuidadoso e inseguro<sup>23-24</sup>, apresente ansiedade excessiva e hipervigilância<sup>24</sup>, seja excessivamente interventivo<sup>23-24</sup> e demonstre comportamentos defensivos<sup>24</sup>. Nesta cascata, a atitude quanto ao parto fisiológico fica alterada, tal como a tolerância e percepção do risco<sup>24</sup>. Todos estes sentimentos de ansiedade, raiva<sup>24</sup>, culpabilização e tristeza<sup>23-24</sup>, podem levar ao *burnout*<sup>24</sup>, períodos de ruminação, pesadelos e memórias *stressantes*<sup>23,24</sup>.

Existem enfermeiras e parteiras que optam por evitar memórias de partos traumáticos ao pedir transferência<sup>7,24</sup>, por exemplo para a unidade de puerpério<sup>7</sup>, deixar de exercer a sua profissão<sup>7,24</sup> e assistir partos. Outras prosseguem os estudos com o objetivo de prosseguir a carreira em pedagogia, outras optam pela gestão e por fim, algumas deixam a profissão totalmente<sup>7</sup>.

Os partos traumáticos relacionam-se com questões éticas, morais e legais, no ato de reportar erros, com exposição pública e a possibilidade da perda do trabalho, com processos de investigação e litigação, com o ser julgado e com a culpabilização da parte da utente. Numa outra perspetiva, pode causar um impacto positivo e promover crescimento, aumento da assertividade, conhecimento e competências, a criação de uma experiência de aprendizagem, pensamentos sobre o significado da vida (desenvolvimento espiritual), aumento da autoconfiança após sucesso das situações,



atualização de conhecimentos e aceitação de eventos inevitáveis durante o trabalho de parto<sup>24</sup>.

O autocuidado é fundamental para os profissionais de saúde para promover o seu bem-estar e resiliência, especialmente tendo em consideração a prevalência de *stress* e *burnout* elevada. O autocuidado pode incluir momentos ao longo do dia: um mantra calmante, sentir a respiração, lembrar a razão que optou pela profissão, reduzir tensão e ganhar energia<sup>25</sup>. As parteiras têm a expectativa de ter este apoio da instituição na forma de ter um período de ausência do trabalho, aumento da formação em serviço e educação para a saúde das grávidas<sup>23</sup>.

Os serviços de saúde devem fomentar um ambiente de cuidado entre os profissionais de saúde<sup>5,26</sup>, no qual os mesmos podem conversar abertamente sobre os erros<sup>26</sup>, dificuldades nos turnos<sup>5</sup>, sem serem sujeitos a culpabilização ou *bullying*<sup>26</sup>. Deve-se assegurar que todos os profissionais tenham uma pausa, mesmo que curta. A maneira como devemos tratar as mulheres e famílias, também é a forma como devemos tratar-nos a nós próprios e a outros profissionais<sup>5</sup>.

Os protocolos de serviços devem reconhecer o impacto físico e psicológico do trabalho na área da saúde, garantindo uma gestão entre a vida pessoal e profissional adequada e as pausas durante o período de trabalho. Os profissionais devem ser bem tratados quando surgem sentimentos negativos decorrentes destas ou outras experiências. Práticas simples dentro das equipas de saúde, como linguagem carinhosa e pequenos gestos de carinho, são importantes, tal como o apoio emocional entre profissionais. Dentro da equipa, é importante que os profissionais, incluindo a parteira, se sintam valorizados e ouvidos, que gostem do trabalho que realizam e se sintam motivados<sup>26</sup>.

## INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA E EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

As mulheres devem ser colocadas no centro dos cuidados de saúde que lhes são prestados<sup>17,27</sup>. Os cuidados de obstetrícia de qualidade, e baseados nos direitos humanos, implicam a total eliminação de abusos e maus-tratos durante a gravidez e trabalho de parto, com o propósito de garantir a dignidade humana e a ausência de discriminação<sup>17</sup>. Mesmo com recursos limitados<sup>5,28</sup>, é importante que se dê primazia à intervenção com compaixão, carinho e empatia<sup>5,28</sup>, de forma a garantir que as mulheres se sentem respeitadas<sup>5</sup>.

As intervenções dos profissionais de saúde têm consequências positivas e negativas<sup>7</sup>, assegurando que todas carecem de consentimento informado<sup>17</sup>. As parteiras são dos profissionais de saúde que mais tempo passam com as grávidas durante o trabalho de parto, no pós-parto e *follow-ups* subsequentes, têm um papel de destaque no cuidado às mulheres, nomeadamente a nível da saúde mental<sup>4</sup>.

A intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica é influenciado por diversos fatores, nomeadamente por fatores organizacionais (protocolos e políticas, modelos de cuidados, carga de trabalho, contexto e nível de tecnologia e intervenção, ambiente de risco, dominância médica) e fatores relacionados com as utentes (preferências, necessidades, condição da mãe e do feto/recém-nascido, vontade de participar no processo de tomada de decisão, informação física e contexto psicossocial). Também, são influenciadas por fatores profissionais como autonomia, parecer dos colegas, questões legais, morais ou éticas, nível de apoio do que é considerado fisiológico<sup>24</sup>.

Os obstetras são influenciados pela confiança que a equipa lhes transfere, traduzida pelas suas capacidades, a sua própria tolerância e perceção do

risco, atitude em relação ao processo fisiológico, atitude quanto ao modelo de cuidados centrados na utente, à autoconfiança, características pessoais e sentimentos, intuição e experiências prévias<sup>24</sup>.

As quatro principais estratégias para prevenir este trauma incluem o apoio às mulheres em idade fértil, técnicas de relaxamento e controlo da dor durante o trabalho de parto, minimização de intervenções obstétricas e a preparação para o nascimento. Devem existir protocolos clínicos para promover experiências de parto positivas e planear intervenções de forma a prevenir experiências traumáticas e negativas<sup>29</sup>. A Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto recomenda o modelo assistencial ao nascimento para mulheres de baixo risco para promoção do parto fisiológico, como um evento familiar<sup>17</sup>. A promoção da sensação de segurança física e psicológica é fundamental para o estabelecimento de relações terapêuticas<sup>17</sup>. Mulheres com este tipo de trauma poderão ter dificuldade em confiar nos profissionais de saúde, especialmente se tiverem contacto com os mesmos profissionais da primeira experiência<sup>16</sup>. O foco dirige-se para uma relação de confiança com as mulheres<sup>16</sup>.

A abordagem informada pelo trauma (*trauma-informed care*) deve ter equipas multidisciplinares de cuidados de saúde mental e de outras especialidades<sup>12</sup>. Esta abordagem centra-se na criação de segurança<sup>12</sup> emocional e física<sup>3</sup>, criação de sensação de controlo<sup>3</sup>, capacitação<sup>3,12</sup>, autonomia<sup>3</sup>, confiança e transparência, apoio de pares, colaboração e mutualidade, escolha e questões culturais e históricas de género<sup>12</sup>.

Um dos elementos-chave dos cuidados a estas mulheres é evitar qualquer suposição<sup>1</sup>, reconhecer o impacto do trauma e a possibilidade de recuperação, os sinais e sintomas em clientes, famílias, profissionais de saúde, entre outros; integrar conhecimentos sobre trauma em políticas, procedimentos e práticas, para que ativamente evite

o trauma das pessoas<sup>12</sup>. Esta abordagem resulta em maior resiliência e resultados positivos na saúde<sup>3</sup>, podendo ser implementada em qualquer serviço<sup>12</sup>.

Uma outra perspetiva de abordagem à mulher com experiência traumática de parto, assenta na abordagem focada nas emoções. Esta abordagem tem evidência científica em áreas como trauma, ansiedade, e depressão, porém, faltam estudos para determinar a sua eficácia em mulheres que sofrem de experiências traumáticas de parto. Uma abordagem empática permite à mulher reconhecer emoções básicas como medo, culpa, vergonha, raiva, tristeza, entusiasmo e alegria<sup>30</sup>.

Na abordagem da experiência traumática de parto, os profissionais devem focar-se nos sintomas relatados pela mulher em vez de na experiência concreta<sup>15</sup>. Tal ajuda estas mulheres a reconhecer e expressar as suas emoções de forma adequada, estabelecendo comunicação e relações saudáveis<sup>30</sup>.

### Formação dos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde devem frequentar formação sobre direitos humanos, com especificidade nos direitos das mulheres na gravidez e no parto, garantindo uma prestação de cuidados que respeite a dignidade humana<sup>17</sup>.

Defende-se que a formação sobre a experiência traumática de parto deva ser obrigatória, perspetivando uma maior consciencialização para esta problemática, uma promoção de intervenções de profissionais de saúde mais adequadas às necessidades e preferências perinatais das mulheres, otimização da sua saúde e bem-estar, prevenção do trauma e/ou apoio às mulheres a viver com esta experiência<sup>6,17</sup>.

Deve haver treino dos profissionais de saúde sobre cuidados adequados no contexto de utentes com trauma(s), para uma abordagem informada pelo trauma, tendo, porém, sempre em consideração o

risco de criação de um novo trauma para as utentes, secundário a múltiplas entrevistas e avaliações<sup>3</sup>. As parteiras devem, também, receber educação sobre as abordagens centradas nas emoções, ganhar competências básicas de aconselhamento e usar técnicas com clientes e colegas<sup>30</sup>. Por fim, deve haver o reconhecimento da existência de práticas defensivas com o intuito da sua redução. Para tal, deve ser fornecido apoio adequado às parteiras, deve haver uma reorganização dos modelos de cuidado e uma liderança positiva<sup>23</sup>.

### **Rastreio**

Os profissionais de saúde devem reconhecer a prevalência e o efeito do trauma na vida das mulheres e nas equipas de saúde<sup>3</sup>.

As mulheres não são questionadas de forma rotineira sobre experiências traumáticas às quais possam ter sido previamente sujeitas, apesar de cerca de três quartos das pessoas já terem sido expostas a eventos traumáticos ao longo do seu ciclo de vida<sup>1</sup>. Contudo, os comportamentos das mulheres para com os serviços de saúde e seus profissionais, têm por base as suas experiências de trauma. Neste sentido, o aumento da compreensão do trauma e respetivas consequências facilita a interação<sup>3</sup> e por esta razão deve ser implementado o rastreio universal sobre traumas presentes ou passados<sup>3,12</sup> e TSPT<sup>12</sup>.

Um exemplo de rastreio de experiências traumáticas é através de uma afirmação, que passamos a citar: *“Os eventos traumáticos são muito comuns e têm impacto físico e mental. Questiono todas as mulheres sobre experiências anteriores e se estão confortáveis em partilhá-las.”*. A decisão de não partilhar ou a incapacidade de o fazer devem ser respeitadas<sup>3</sup>.

Torna-se importante termos a consciência de que alguns sinais e sintomas de trauma incluem agitação, irritabilidade, flutuações de humor,

ansiedade, hiperatividade, depressão, medo, *“ataques”* de raiva, assustar-se facilmente perante barulhos ou ruídos, *flashbacks*, dificuldade de concentração, dificuldade de criação de confiança, culpabilização, sentimentos de vergonha ou culpa, sentir-se desconectada, entorpecida ou desorientada e sintomas como aumento da frequência cardíaca, palpitações, sudorese repentina, tremores dos membros inferiores e boca seca, assim como a amnésia<sup>3,19,32</sup>.

Em algumas mulheres, os sinais e sintomas não são perceptíveis até meses após o parto ou são geridos pelas mesmas até se tornarem demasiado difíceis de controlar, através do planeamento de uma nova gravidez<sup>10</sup>. Um questionário que poderá ser útil denomina-se Questionário de Avaliação da Partofobia (validado em português para a população brasileira)<sup>21</sup>. Deve também ser avaliado o apoio social, nunca assumindo que a pessoa significativa ou a família são fontes de apoio da pessoa<sup>12</sup>.

Os profissionais de saúde devem considerar que a atribuição de termos como *“normal”*, *“baixo risco”* ou *“linear”*, pode fazer com que não se aperceba de algumas situações em que as mulheres percecionam a experiência enquanto traumática<sup>1</sup>. Constando, que embora os profissionais de saúde assumam que a mulher teve um trabalho de parto aparentemente pouco *stressante*, do ponto de vista da mulher, este poderá ter sido traumático<sup>9,15</sup>.

### **Prevenção e intervenção durante a gravidez**

O trauma associado a uma experiência de parto é tratável e prevenível<sup>7,10,26-27</sup>. As parteiras devem investir na redução de gravidezes não planeadas, respeitar a privacidade da grávida/mãe, agir respeitosamente durante o parto e apoiá-las durante todo o processo, contribuir para reduzir a possibilidade de experiências traumáticas<sup>22</sup>.

Durante os cuidados pré-natais, a parteira deve proceder à colheita de dados detalhada, registar

cuidadosamente as preferências maternas para a gravidez e parto (estratégias de controlo da dor, via de parto). O profissional assume o dever de identificar comportamentos evitativos, realizar rastreio de antecedentes psiquiátricos e de saúde mental como TSPT, depressão, ansiedade, trauma prévio ou atual. Idealmente, deve-se manter a continuidade dos cuidados e o mesmo profissional de saúde<sup>32</sup>.

Ainda nos cuidados pré-natais, deve-se proceder à referência para a equipa multidisciplinar, sempre que adequado<sup>12,32</sup>, como psicólogo para gestão de *triggers* perinatais e fornecer tratamentos adequados à situação como medicação<sup>12</sup>, por exemplo antidepressivos<sup>33</sup>. Outras estratégias que poderão ser adequadas, abrangem o acesso à psicoeducação, grupos pré-natais para vítimas de trauma, uma doula com formação em trauma e grupos de pais<sup>12</sup>. O aconselhamento e apoio de profissionais de saúde é uma forma de tratar a ansiedade<sup>4</sup>.

Na gravidez subsequente, há uma grande oportunidade de ajudar as mulheres a recuperar os seus corpos e a completar o processo de maternidade. Para tal, como referido anteriormente, o primeiro passo é o rastreio. As mulheres com partos prévios devem ser questionadas sobre as suas experiências e ter a oportunidade de as partilhar, é o primeiro passo para as ajudar a recuperar e preparar-se para o parto seguinte, ou seja, traumas não resolvidos podem ser resolvidos na gravidez que se encontra a decorrer<sup>7,32</sup>.

Na admissão, no bloco de partos, deve-se colher uma história detalhada sobre os medos que a mulher possa ter sobre o parto. Conhecem-se alguns preditores de TSPT como por exemplo, grandes níveis de intervenção médica. Desta forma, deve haver especial atenção a estas situações, consideradas de “alto risco” para experiências traumáticas<sup>7,32</sup>.

A capacitação da mulher significa que, a cada oportunidade, esta tem opção de escolha e a possibilidade de estar ativamente envolvida em todo o processo de tomada de decisão no que diz respeito aos cuidados que lhe são prestados<sup>3</sup>, maximizando a sensação de controlo durante o trabalho de parto. O consentimento informado deve ser solicitado, antes de qualquer procedimento<sup>32</sup>, tendo em consideração que a interação em redor da intervenção é mais importante do que a própria intervenção<sup>31</sup>.

Os profissionais de saúde devem considerar as intervenções a adotar, de forma a evitar que as mulheres tomem decisões contra parecer médico, permitindo, simultaneamente, oferecer uma experiência de parto subsequente mais positiva do que a anterior<sup>16</sup>. O trabalho de parto pode incluir aspetos que as mulheres não haviam equacionado ou desejado e a comunicação adequada permite que a mulher mantenha uma sensação de controlo<sup>16</sup>. Portanto, é preciso melhorar a comunicação nos cuidados pré-natais, durante o trabalho de parto e pós-parto<sup>31</sup>. Nesse sentido, a forma como as mulheres são tratadas após um evento traumático tem impacto significativo na sua recuperação e prevenção de TSPT<sup>15</sup>.

A mulher deve ser apoiada a gerir a dor, como medida preventiva<sup>32</sup>. Alguns elementos como a algaliação devem ser cuidadosamente considerados e o aleitamento materno deve ser promovido precocemente, durante a primeira hora pós-parto. Mães que desenvolvem complicações durante o trabalho de parto ou cujos recém-nascidos necessitam de cuidados especializados devem ser rastreadas<sup>22</sup>. Reconhece-se que é necessária mais investigação para identificar outros fatores de risco, implementar intervenções de prevenção e a sua eficácia na prevenção da exacerbação de sintomas<sup>22</sup>.

### **Períodos pós-parto e tratamento**

No período pós-parto é importante assegurar e manter o bem-estar psicológico<sup>32</sup>. Um parto traumático, significa que os profissionais de saúde não conseguiram proteger a mulher do trauma. Neste sentido, é da responsabilidade dos mesmos não perderem a oportunidade de prevenir um novo acontecimento e socorrer as mulheres das suas dificuldades<sup>7</sup>.

Durante o período pós-parto imediato, os profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais e sintomas (olhar distante, amnésia temporária, postura retraída) que a mulher possa ter experienciado um parto traumático, tornando-se conscientes de que a identificação precoce é chave para a intervenção precoce<sup>7,32</sup>.

As conversas sobre partilhas de experiências devem ser abertas e permitir uma resposta sincera, devem evitar estigmatizar ou julgar as mulheres, para facilitar a relação terapêutica<sup>10-20</sup>. O facto de ser raro uma mulher não querer falar sobre a sua experiência de parto, portanto, a relutância em partilhá-la poderá ser sinal de trauma<sup>32</sup>.

Independentemente de a mulher se sentir traumatizada, esta tem direito à informação adequada e a compreender o que lhe espera durante a recuperação. A abordagem de determinada situação, realizada por um profissional de saúde experiente, deve ser concretizada de forma que a mulher compreenda o sucedido. A informação deve também conter o que fazer caso sinta dificuldade em gerir a sua experiência no futuro<sup>9</sup>. Esta explicação deve ficar documentada nas notas<sup>32</sup>. A forma como se partilha informação e se cuida das mulheres pode ser a diferença entre uma experiência traumática de parto ou não<sup>5</sup>.

No pós-parto, devem ser prestados cuidados empáticos<sup>32</sup>, a mulher deve ser sinalizada<sup>10</sup> e referenciada para a equipa multidisciplinar, se

adequado, para assistente social, psicologia, equipa de cuidados perinatais de saúde mental<sup>32</sup>. Uma opção é encaminhar a mulher para recursos *online*, porém, não foram encontrados recursos de apoio em português<sup>10</sup>.

Deve-se rastrear este e outros problemas de saúde mental como depressão pós-parto e marcar consulta de revisão de pós-parto às 4-6 semanas.<sup>32</sup> Para reduzir o risco de TSPT Pós-Parto, as mulheres com riscos inalteráveis, como pertencer a uma família grande e historial de abuso, devem ser acompanhadas de perto e apoiadas antes da severidade dos sintomas<sup>22</sup>, sendo a intervenção precoce crucial<sup>7</sup>. Também, deve-se ter em consideração que no pós-parto a qualidade do sono está prejudicada, pelo que devem ser aconselhadas estratégias para melhorar a qualidade e duração do sono<sup>20</sup>.

Para algumas mulheres com sintomas de *stress* pós-traumático, os filhos podem ser lembretes do trauma, significando díades frágeis que necessitam de ajuda, reconhecido como um dos primeiros indicadores de parto traumático<sup>7</sup>. Estas mulheres precisam de muito apoio e encorajamento no aleitamento materno. Porém, se optarem por não o fazer, não devem ser julgadas ou culpabilizadas. Pressionar uma mulher a amamentar agrava os seus sentimentos negativos de incapacidade, culpa e piora a relação materno-infantil<sup>7</sup>. Durante o internamento no puerpério, existe a oportunidade de observar a interação entre mães e filhos, possibilitando a avaliação de sinais e sintomas de uma experiência traumática de parto, como por exemplo a postura durante a amamentação distante e/ou desapegada<sup>7</sup>.

Antes da alta hospitalar, no pós-parto, é importante explorar a perceção das mulheres em relação ao parto e as expectativas que não foram correspondidas, considerando que a perceção do parto pode basear-se em expectativas não correspondidas<sup>7</sup>. Porém, a mesma não deve ser

culpabilizada pelas suas expectativas. Além de que a falta de expectativas não impede a possibilidade desta experiência negativa<sup>6</sup>.

Os profissionais de saúde devem reconhecer a dificuldade dos aniversários do trauma e apoiarem as mulheres durante este período. Nos *check-ups* infantis, os profissionais de saúde devem questionar sobre o bem-estar materno e a percepção da sua experiência do parto, o que permite identificar mulheres com sintomas de *stress* pós-traumático, para posterior referência aos serviços de saúde mental<sup>7</sup>.

Os tratamentos indicados neste contexto incluem a terapia cognitivo comportamental com abordagem baseada no trauma<sup>10,33</sup>, dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares<sup>10,19,33</sup>, intervenção mente-corpo (*mind-body therapies*)<sup>10</sup>, terapias holísticas<sup>10,33</sup> e abordagens psicoterapêuticas<sup>10,33</sup>. O tratamento deve começar com segurança e estabilização para ganhar controlo dos sintomas de trauma<sup>10</sup>. Não foram encontradas *guidelines* portuguesas, porém o NICE (The National Institute for Health and Care Excellence), não recomenda medicação enquanto intervenção de primeira linha<sup>32</sup>.

Acrescenta-se a estas estratégias as técnicas de relaxamento e respiração, ou escrever, desenhar ou pintar as experiências, yoga, massagens, alimentação correta, exercício físico, grupo de pares, e escrever uma carta de reclamação para o hospital<sup>33</sup>. O *debriefing* torna-se numa estratégia, igualmente importante, uma vez que ajuda a reduzir reações ao trauma, reduzir o *stress*, reconhecer luto e perda, realizar educação para a saúde, promover a saúde mental, ajudar com detalhes (associados à amnésia), ajudar a compreender os processos de intervenções médicas, falar sobre expectativas não alcançadas, reconstruir todo o processo do parto e provocar resposta emocional. Durante o *debriefing* deve-se ouvir de forma empática, identificar e

reportar problemas da unidade de saúde e dar *feedback* à equipa de saúde<sup>32</sup>.

A pessoa significativa que presencia um parto traumático também necessita dos cuidados dos profissionais de saúde<sup>7</sup> pela probabilidade de apresentar sintomas de trauma<sup>9,15</sup> ou de TSPT. Embora sejam frequentemente esquecidos<sup>7</sup>, os seus sintomas e/ou patologia estão ligados a memórias e sentimentos de falta de segurança da mulher<sup>15</sup>.

Assim, são vários os fatores que contribuem para a experiência traumática de parto, e os profissionais de saúde têm um papel bastante importante durante os cuidados pré-natais, trabalho de parto e parto e pós-natal. O apoio dos profissionais de saúde ajuda a mitigar os fatores de risco, considerando que o apoio e a gestão da ansiedade podem minimizar alguns fatores de risco. Contudo, em várias situações, os profissionais de saúde não previnem que o trauma aconteça e podem efetivamente ser a causa para o mesmo<sup>2</sup>.

### Intervenção terciária

A intervenção terciária diz respeito aos processos de adaptação durante a reconstituição do sistema e a mediação dos fatores de manutenção, que guiam o cliente na direção de necessidade de intervenção primária<sup>29</sup>. Portanto, o último nível de intervenção engloba a readaptação, a reeducação para prevenir futuras ocorrências e a manutenção da estabilidade<sup>29</sup>, tal como, referenciar mulheres a abrigos; conferenciar com famílias, polícia, serviços de psicologia e serviços legais; incentivar os *media* a abordar mitos sobre violência doméstica, advogar pelas vítimas em processos legais e cuidados de enfermagem de *follow-up*<sup>22</sup> (Tabela 3).

No contexto português, alguns recursos disponíveis para vítimas deste crime são os Gabinetes de Apoio à Vítima da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (116 006), a Rede Nacional de Apoio a



Vítimas de Violência Doméstica (Linha SMS 3060 ou chamada para 800 202 148), a Linha Nacional de Emergência Social (LNES – 144) e o Número Europeu de Emergência (112).

Afastar-se do agressor, é um processo e não um evento isolado e poderão ser necessárias várias tentativas para deixar o parceiro agressor<sup>10</sup>. É importante relembrar e frisar que este é dos momentos mais perigosos para a mulher<sup>6,8,10</sup> e que sair de casa sem dizer ao parceiro é a opção mais segura para a mulher<sup>10</sup>.

É fundamental que seja a mulher a decidir que ação tomar<sup>10</sup>. A mulher tem o direito de recusar o plano delineado, mesmo que isso seja o que pareça mais sensato para o profissional. O EESMO deve advogar e capacitar a utente: respeitar a confidencialidade, validar a sua experiência, reconhecer a injustiça, respeitar a sua autonomia, apoiar a fazer planos para promover a sua segurança e no acesso a recursos da comunidade<sup>6</sup>. Os profissionais de saúde não devem exercer o seu poder profissional e perpetuar o ciclo de violência, ao qual estas mulheres já estão sujeitas (por exemplo: quebrar confidencialidade ao abordar a situação com outros colegas desnecessariamente, chamar a polícia, falar com familiares ou com o companheiro, discutir as circunstâncias num espaço público; minimizar a experiência de abuso; culpar a vítima; desrespeitar a sua autonomia; ignorar a sua necessidade de segurança e normalizar a frequência). A tendência de encontrar soluções rápidas, da parte dos profissionais de saúde (avaliar a situação da mulher, dar sugestões como procurar um refúgio, abandonar o parceiro ou tornar-se mãe solteira, com todas as consequências financeiras e emocionais...) pode prejudicar o sentimento de falta de controlo, aumentar a culpa e o seu sentimento de falta de capacidade<sup>6</sup>. Também, não se deve transmitir falsa esperança, considerando não ser uma situação de fácil resolução, não se deve criticar as decisões da mulher ou adotar uma atitude paternalista/maternalista<sup>8</sup>.

Embora seja importante encontrar um equilíbrio entre as responsabilidades de confidencialidade à vítima e a saúde pública<sup>10</sup> e a parteira considere frustrante que a mulher não pretenda apoio policial, não deve ir contra os desejos da mulher<sup>12</sup>. Em caso de dúvidas, o EESMO deve recorrer a um profissional de saúde sénior e abordar questões sobre confidencialidade e como prosseguir<sup>10</sup>. O sigilo profissional é um pilar da relação terapêutica de confiança entre um profissional de saúde e o utente, portanto, o sigilo deve ser mantido se a vítima não permitir a revelação dos factos. O sigilo é um direito reconhecido no artigo 3º da Lei nº15/2014 de 21 de março. A violação deste direito é crime (Código Penal, Artigo 195º - Violação de Segredo)<sup>8</sup>. Os agressores podem ser muito persuasivos, e a informação pessoal nunca deve ser divulgada<sup>10</sup>.

Assim, o apoio dos profissionais de saúde deve partir da nomeação de comportamentos abusivos, do encorajamento da capacitação da mulher, da promoção da mudança, da preocupação com o bem-estar e o envolvimento da equipa multidisciplinar<sup>11</sup>. O papel do EESMO não é convencer a mulher a deixar o parceiro<sup>10</sup>, as mulheres devem ter conhecimento das suas opções e ter tempo de decidir, com paz e sossego<sup>6</sup>. Os EESMOs devem respeitar e potenciar a sua segurança<sup>10</sup>, inspirar confiança e empoderá-las<sup>6</sup> através do reforço do seu valor e capacidades e, por conseguinte, produzir uma mudança positiva na vida da mulher<sup>12</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O conceito de trauma resulta de uma experiência de vida percecionada como *stressante* e angustiante, que excede a capacidade individual de gerir essas emoções.

A pessoa assume-se como um ser único que vive no seu próprio mundo, que se desenvolve da perspetiva como observa e analisa os factos ocorridos. Desta forma, o trauma é identificado, vivido e analisado de

forma individual. Esta individualidade é inerente ao profissional de saúde, à mulher, a cada membro da sua família e/ ou pessoa significativa. Todos os intervenientes envolvidos no trabalho de parto estão, consequentemente, comprometidos quando este resulta em parto traumático.

A cascata de emoções resultante de ações e reações entre todos os envolvidos no parto determina a satisfação e realização enquanto pessoas, e podem dignificar ou não o nascimento. Numa experiência, prévia ou atual, de trabalho de parto e pós-parto, o profissional de saúde, mulher e/ou pessoa significativa, podem apresentar sintomas relacionados com a experiência traumática de parto.

O papel do profissional de saúde que acompanha a mulher/família e amigos é extremamente relevante na vida e na morte de cada um, pelo que lhe é exigido respeito pela dignidade humana. Na responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o profissional de saúde deverá promover o seu próprio desenvolvimento com o propósito de resolver os seus próprios traumas e reconhecer as suas crenças e mitos, permitindo um cuidar justo, altruísta e solidário. O cuidar exige uma prática diária e consciente dos valores e princípios orientadores do profissional de saúde, que colidem com os direitos de quem precisa e procura estes cuidados. Para tal, é fundamental promover formação adequada destes profissionais de saúde de forma a promover a consciencialização para esta problemática, a garantir que os direitos humanos de todas as mulheres e famílias são priorizados e os comportamentos praticados e as intervenções realizadas são promotores de uma experiência de parto positiva.

O profissional dotado de formação qualificada deve garantir uma identificação precoce de mulheres com experiências traumáticas prévias. A identificação precoce de experiência traumática de parto e/ou diagnóstico precoce de TSPT Pós-parto determina a melhoria da qualidade de vida de uma sociedade. Deve-se capacitar as mulheres para construírem o

seu próprio processo de tomada de decisão e promover que desenvolvam as suas competências, destacando-se as suas competências de *coping*.

A intervenção de uma equipa multidisciplinar adequada e assertiva, desde a fase pré-concepcional ao pós-parto, no âmbito de prevenção, de tratamento de sintomatologia e encaminhamento quando necessário pode ter impacto positivo à escala mundial, nas suas vertentes políticas e económicas. É fulcral que o apoio prestado por estas equipas se foque no contexto familiar, prevenindo as consequências múltiplas para as famílias, casais e recém-nascidos destas experiências traumáticas de parto.

A evidência científica atual aponta que as mulheres identificam a perda de controlo, a falta de relação com os profissionais de saúde e a falta de comunicação enquanto elementos-chave na criação de uma experiência traumática de parto. Portanto, uma palavra e/ou ato podem fazer a diferença entre uma experiência positiva ou uma experiência traumática.

Embora este artigo destaque a importância desta temática na intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, é importante reconhecer, enquanto limitações, a evidência científica portuguesa incluída remeter ao ano de 2015 e a pesquisa ter sido realizada apenas em português e inglês e em acesso livre.

Apesar da maioria dos resultados mencionados se referirem a experiências de parto menos positivas, a evidência atual mostra que a resiliência dos profissionais de saúde do presente, vai determinar o resultado de futuros estudos. Serão os resultados destes futuros estudos, que irão classificar as práticas do presente e determinar a nossa capacidade em aprender com o passado. A pessoa está em constante desenvolvimento, mas tem de se permitir a experienciar e a partilhar.

## AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer a Raquelina Ferreira e Iryna Samilyak pelo apoio na revisão e tradução.

## REFERÊNCIAS

1. Nightingale H. Perinatal emotional trauma in maternity care. 2022 [citada 2023 Abr 9]. Disponível em: <https://www.reallifemidwife.com/product-page/perinatal-emotional-trauma-in-maternity-care-ebook>
2. Svanberg E. Why birth trauma matters. London: Pinter & Martin LTD; 2019.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee On Health Care for Underserved Women. Caring for patients who have experienced trauma. ACOG; 2021; 137(4):e94-e99.
4. Mojrian M, Alidoosti K, Tirgari B, Mehdizadeh A, Jahani Y. The effect of supportive counselling on the symptoms of acute stress disorder following emergency cesarean section. Journal of Midwifery & Reproductive Health. 2018; 6(2):1208–1214.
5. Make Birth Better [MBB]. Why is birth trauma different?. 2019 [citada 2023 Abr 7]. Make Birth Better. Disponível em: <https://www.makebirthbetter.org/free-downloads-professionals>
6. Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Thomson G, Karlsdottir SI, Nilsson C, Ekström-Bergstrom A, et al. Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. Birth. 2022; 49(4):687–696.
7. Beck CT. Middle range theory of traumatic childbirth: the ever-widening ripple effect. Glob Qual Nurs Res. 2015; 2:2333393615575313.
8. American Psychiatric Association [APA]. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Edição 5ª. Washington, London: American Psychiatric Publishing. 2013 [citada 2023 Abr 9]. Disponível em: <https://cdn.website-editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf>
9. Broderick S, Cochrane R. Trauma and birth: a handbook for maternity staff. Routledge. London: Routledge. 2020. 108 p.
10. Make Birth Better [MBB]. What is birth trauma?. 2019 [citada 2023 Abr 7]. Disponível em: <https://static1.squarespace.com/static/5ed8a1b746cc235b44a50be1/t/5f4d23a2ddbc625496f06a89/1598890915449/What+is+Birth+Trauma.pdf>
11. Yalnız Dilcen H, Aslantekin F, Aktaş N. The relationship of psychosocial well-being and social support with pregnant women's perceptions of traumatic childbirth. Scand J Caring Sci. 2021; 35(2):650-658.
12. Sperlich M, Seng JS, Li Y, Taylor J, Bradbury JC. Integrating trauma-informed care into maternity care practice: conceptual and practical issues. Journal of Midwifery & Women's Health. 2017; 62(6): 661–672.
13. Price L, Centifanti L, Slade P. Personality factors and vulnerability to post-traumatic stress responses after childbirth. Br J Clin Psychol. 2020; 59(4):480-502.
14. Van der Pijl MSG, Verhoeven CJM, Verweij R, Van der Linden T, Kingma E, Hollander MH, et al. Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. Reprod Health. 2022;19(1):160.
15. Make Birth Better [MBB]. Assessing for birth trauma. 2019 [citada 2023 Abr 7]. Disponível em: <https://static1.squarespace.com/static/5ed8a1b746cc235b44a50be1/t/5f8ecd3b2918db700a837c29/1603194171927/Assessing+for+birth+trauma.pdf>
16. Holopainen A, Stramrood C, Van Pampus MG, Hollander M, Schuengel C. Subsequent childbirth after previous traumatic birth experience: women's choices and evaluations. Br J Midwifery. 2020; 28(8):488–496.
17. Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto [APDMGP]. Experiência de parto em Portugal 2012-2025: Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto. 2015.
18. Bastos MH, Furuta M, Small R, McKenzie-McHarg K, Bick D. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2015; (4):CD007194.
19. Hendrix YMGA, Van Dongen KSM, Jongh A, Van Pampus MG. Postpartum early EMDR therapy intervention (PERCEIVE) study for women after a traumatic birth experience: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2021; 22(1):599.
20. Bright AM, Doody O, Tuohy T. Women with perinatal suicidal ideation-A scoping review of the biopsychosocial risk factors to inform health service provision and research. PLoS One. 2022; 17(9):e0274862.
21. Nunes RD, Traebert E, Seemann M, Traebert J. Tokophobia assessment questionnaire: a new instrument. Braz J Psychiatry. 2021; 43(1):112–114.
22. Bayri Bingol F, Demirgoz Bal M. The risk factors for postpartum posttraumatic stress disorder and depression. Perspect Psychiatr Care. 2020; 56(4):851–857.
23. Cankaya S, Erkal Aksoy Y, Dereli Yılmaz S. Midwives' experiences of witnessing traumatic hospital birth events: A qualitative study. J Eval Clin Pract. 2021; 27:847– 857.
24. Minooee S, Cummins A, Sims DJ, Foureur M, Travaglia J. Scoping review of the impact of birth trauma on clinical decisions of midwives. J Eval Clin Pract. 2020; 26(4):1270-1279.
25. Make Birth Better [MBB]. Self-Care for professionals. 2019 [citada 2023 Abr 7]. Disponível em:

<https://static1.squarespace.com/static/5ed8a1b746cc235b44a50be1/t/5f50daf0cce4034ba6cc7476/1599134449095/Self-Care+for+Professionals.pdf>

26. Make Birth Better [MBB]. Service development. 2019 [citada 2023 Abr 7]. Disponível em: <https://static1.squarespace.com/static/5ed8a1b746cc235b44a50be1/t/5f513d2b311db32bc42b0de3/1599159596820/Service+development.pdf>

27. Koster D, Romijn C, Sakko E, Stam C, Steenhuis N, de Vries D, et al. Traumatic childbirth experiences: practice-based implications for maternity care professionals from the woman's perspective. *Scand J Caring Sci*. 2020; 34(3):792-799.

28. Murphy H, Strong J. Just another ordinary bad birth? A narrative analysis of first time mothers' traumatic birth experiences. *Health Care Women Int*. 2018; 39(6):619-643.

29. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafraz N. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reprod Health*. 2018; 15(1):73.

30. Gökçe İsbir G, Yılmaz M, Thomson G. Using an emotion-focused approach in preventing psychological birth trauma. *Perspect Psychiatr Care*. 2022; 58(3):1170-1176.

31. Hollander MH, van Hastenberg E, van Dillen J, van Pampus MG, de Miranda E, Stramrood CAI. Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Arch Womens Ment Health*. 2017; 20(4):515-523.

32. South Australian Perinatal Practice Guideline. Managing women in distress after a traumatic birth experience. SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice. 2019 [cited 2023 Apr 8]; Disponível em: <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/resources/policies/managing+women+in+distress+after+a+traumatic+birth+experience+-+sa+perinatal+practice+guidelines>

33. Make Birth Better [MBB]. Therapies and treatments. 2019 [citada 2023 Abr 7]. Disponível em: <https://static1.squarespace.com/static/5ed8a1b746cc235b44a50be1/t/5f8ecc1307bb7179957a510a/1603193876182/Therapies+and+Treatments.pdf>

34. Olsen B, Forgaard A, Nordsletta AS, Sommerseth E, Røseth I. "I shut it out": expectant mothers' fear of childbirth after a traumatic birth-a phenomenological study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2022; 17(1):2101209.

**Tabela 1 – Artigos resultantes da pesquisa em bases de dados.**

<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Ano</b>
The relationship of psychosocial well-being and social support with pregnant women's perceptions of traumatic childbirth <sup>11</sup> .	Yalnız Dilcen H, Aslantekin F, Aktaş N.	2021
Personality factors and vulnerability to post-traumatic stress responses after childbirth <sup>13</sup>	Price L, Centifanti L, Slade P.	2020
Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey <sup>14</sup>	van der Pijl MSG, Verhoeven CJM, Verweij R, van der Linden T, Kingma E, Hollander MH, <i>et al.</i>	2022
Postpartum Early EMDR therapy Intervention (PERCEIVE) study for women after a traumatic birth experience: study protocol for a randomized controlled trial <sup>19</sup>	Hendrix YMGA, van Dongen KSM, de Jongh A, van Pampus MG.	2021
Women with perinatal suicidal ideation-A scoping review of the biopsychosocial risk factors to inform health service provision and research <sup>20</sup>	Bright AM, Doody O, Tuohy T.	2022
The risk factors for postpartum posttraumatic stress disorder and depression <sup>22</sup>	Bingol FB, Bal MD.	2020
Midwives' experiences of witnessing traumatic hospital birth events: A qualitative study <sup>23</sup>	Cankaya S, Erkal Aksoy Y, Dereli Yılmaz S.	2021
Scoping review of the impact of birth trauma on clinical decisions of midwives <sup>24</sup>	Minooee S, Cummins A, Sims DJ, Foureur M, Travaglia J.	2020
Traumatic childbirth experiences: practice-based implications for maternity care professionals from the woman's perspective <sup>27</sup>	Koster D, Romijn C, Sakko E, Stam C, Steenhuis N, Vries D, <i>et al.</i>	2020
Just another ordinary bad birth? A narrative analysis of first time mothers' traumatic birth experiences <sup>28</sup>	Murphy H, Strong J.	2018
Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions <sup>29</sup>	Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafraz N.	2018
Using an emotion-focused approach in preventing psychological birth trauma <sup>30</sup>	Gökçe İsbir G, Yılmaz M, Thomson G.	2022
"I shut it out": expectant mothers' fear of childbirth after a traumatic birth- a phenomenological study <sup>34</sup>	Olsen B, Forgaard A, Nordsletta AS, Sommerseth E, Røseth I.	2022

**Tabela 2 – Fatores que influenciam a experiência traumática de parto.**

<b>Pressão emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ser ameaçada em relação à saúde do filho<sup>14</sup>;</li> <li>-Ser ameaçada da interrupção de cuidados à própria ou ao filho<sup>14</sup>;</li> <li>-Ser ameaçada de consequências legais<sup>14</sup>;</li> <li>-Ter medo pela segurança/vida do bebê<sup>9,15-16</sup>.</li> </ul>
<b>Abuso verbal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ser verbalmente abusada: insultos, comentários derogatórios ou duros<sup>14</sup>;</li> <li>-Ser criticada, julgada ou humilhada<sup>5</sup>, ser acusada de exagerar sintomas<sup>14</sup>;</li> <li>-Sentir que lhe faltam ao respeito<sup>16</sup>: atitudes hostis das pessoas em seu redor<sup>9</sup>, tom áspero ou tom de voz elevado<sup>14</sup>.</li> </ul>
<b>Abuso físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ser forçada a manter-se na cama, a posicionar-se de determinada forma ou ser fisicamente contida<sup>14</sup>;</li> <li>-Ser sujeita a tratamento físico agressivo e violento: estaladas ou pontapés<sup>14</sup>;</li> <li>-Ser alvo de intervenções sem consentimento informado<sup>5,9,27</sup>, desnecessárias<sup>9</sup> ou consideradas enquanto violência obstétrica<sup>17</sup> ou como abusivas (a nível físico ou sexual)<sup>14</sup>;</li> <li>-Ser alvo de uma intervenção específica<sup>16</sup>.</li> </ul>
<b>Falta de comunicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ter autonomia desrespeitada / não ter autonomia<sup>16,27,34</sup>, falta de envolvimento no processo de tomada de decisão durante o trabalho de parto e parto<sup>14,16,27</sup>, não ser ouvida<sup>7,9,14</sup>, não ser levada a sério<sup>14</sup>;</li> <li>-Haver pouca abertura para esclarecimento de dúvidas<sup>14</sup>, falta de informação<sup>14,27</sup>.</li> </ul>
<b>Falta de apoio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ser deixada sozinha (quando não queria estar sozinha)<sup>14</sup>, sentir-se esquecida<sup>7</sup>, sentir-se invisível<sup>28</sup> ou ignorada<sup>5</sup>, ter pouca atenção, ser-lhe recusada assistência ou os seus pedidos serem ignorados<sup>14</sup>;</li> <li>-Ser tratada de forma impessoal<sup>9</sup>;</li> <li>-Problemas com os profissionais de saúde ou ter falta de uma relação terapêutica com o profissional de saúde<sup>9</sup>;</li> <li>-Sentir falta de cuidado<sup>7,34</sup>, falta de apoio dos profissionais de saúde<sup>16</sup>, suas preocupações serem minimizadas<sup>5</sup>;</li> <li>-Sentir perda de dignidade<sup>7,9</sup> e/ou falta de privacidade<sup>9,14</sup>;</li> <li>-Ter mau controlo da dor<sup>14,16</sup>;</li> <li>-Ser separada do filho sem razão clara<sup>14</sup>;</li> <li>-Considerar os cuidados pós-parto desadequados<sup>9</sup>;</li> <li>-Falta de apoio do parceiro<sup>16</sup>.</li> </ul>
<b>Falta de escolhas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sentir perda/falta de controlo<sup>7,9,15,16,31,34</sup>, faltar informação ou explicação<sup>9,27</sup>, ser coagida a aceitar intervenções que não quer<sup>14</sup>;</li> <li>-Ser proibida de realizar determinadas ações durante o parto (por exemplo: não ter opção sobre posicionamento durante contrações, período expulsivo), sem explicação<sup>14</sup>;</li> <li>-Faltar uma intervenção específica<sup>16</sup>;</li> <li>-Ser exposto à presença de pessoas sem ter opção<sup>14</sup>;</li> <li>-Ser alvo de intervenções sem consentimento prévio<sup>5,14</sup> ou a continuação de uma intervenção médica após pedir para parar<sup>14</sup>.</li> </ul>
<b>Discriminação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Baseada na raça, etnia, cultura ou língua, idade, sexualidade, identidade de género, deficiência física ou mental ou doença ou queixa, religião, crenças, aparência, formação, classe social, ordenado ou outros fatores socioeconómicos<sup>14</sup>.</li> </ul>
<b>Outros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Considerar que parto não correspondeu às expectativas<sup>16,27</sup>;</li> <li>-Ter um desfecho negativo, complicações médicas maternas, ou para o bebê<sup>16</sup>;</li> <li>-Ter um trabalho de parto prolongado ou precipitado<sup>16</sup>.</li> </ul>



**Tabela 3 – Intervenções, elementos e características dos partos traumáticos.**

-Parto espontâneo sem intervenções <sup>16</sup> ;
-Trabalhos de parto prolongados, muito rápidos e/ou muito dolorosos <sup>9</sup> ;
-Induções de trabalho de parto <sup>9,16</sup> ou aceleração do trabalho de parto <sup>16</sup> ;
-Falta de controlo da dor <sup>9</sup> ;
-Sentimentos de falta de controlo <sup>7,9</sup> ;
-Intervenções médicas em grande número <sup>9</sup> ;
-Parto instrumentado por fórceps <sup>9</sup> ou por ventosa <sup>16</sup> ;
-Cesariana <sup>4</sup> : eletiva, não programada <sup>16</sup> ou emergente <sup>9</sup> ;
-Outras emergências <sup>9</sup> , por exemplo: Distócia de ombros <sup>16</sup>
-Episiotomia <sup>16</sup> ;
-Perda de sangue excessiva superior a 1000ml <sup>16</sup> ;
-Dequitação manual <sup>16</sup> ;
-Nado-morto <sup>9</sup> ;
-Nascimento de um bebé com deficiência resultante de um parto traumático <sup>9</sup> ;
-Internamento do bebé em unidades de cuidados intensivos neonatais ou outros cuidados especiais <sup>9</sup> .

**Tabela 4 – Impacto da experiência traumática de parto.**

<b>Mulher / Grávida / Puérpera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sintomas como aumento da frequência cardíaca, palpitações, sudorese repentina<sup>3,32</sup>, tremores dos membros inferiores, boca seca, amnésia<sup>32</sup>;</li> <li>-Impacto devastador<sup>2,9-10</sup> na saúde física<sup>2</sup> (por exemplo: doenças cardiovasculares<sup>3</sup>), bem-estar<sup>18</sup>, efeitos psicológicos de longa duração<sup>28</sup> ou crônicos<sup>7</sup>;</li> <li>-Agitação<sup>3,32</sup>, irritabilidade<sup>3</sup>, flutuações de humor<sup>3</sup>, ansiedade<sup>3,5</sup>, hiperatividade<sup>32</sup>, depressão<sup>3,19,32</sup> ou sintomas depressivos<sup>5</sup>, medo<sup>3,9</sup>; “ataques” de raiva<sup>3</sup>;</li> <li>-Assustar-se facilmente perante barulhos ou ruídos, <i>flashbacks</i>, dificuldade de concentração, dificuldade de criação de confiança, culpabilização<sup>3</sup>, ideação suicida perinatal<sup>20</sup>;</li> <li>-Sentimentos de vergonha<sup>3,5</sup>, culpa<sup>3</sup>, raiva<sup>5</sup>, infelicidade, isolamento e incompreensão<sup>9</sup>; sentir-se desconectada<sup>3,32</sup>, entorpecida<sup>3</sup> ou desorientada<sup>32</sup>; sentimentos contraditórios (celebração do aniversário do filho e lembrança do trauma)<sup>7</sup>;</li> <li>-Memórias intrusivas do parto<sup>5</sup>, sintomas de Transtorno de <i>Stress</i> Pós-Traumático<sup>7,18</sup> e/ou Transtorno de <i>Stress</i> Pós-Traumático<sup>5,7,18</sup>;</li> <li>-Agressividade com pessoas significativas<sup>7</sup>;</li> <li>-Impacto negativo na parentalidade<sup>7,15,19</sup>, capacidade de vinculação<sup>5,9</sup> e número de filhos<sup>1</sup>; possibilidade de adiar ou evitar a nova gravidez/filho<sup>1,19</sup>;</li> <li>-Impacto positivo ou negativo no aleitamento materno (dependendo da perspectiva individual de cada mulher)<sup>1,7,19</sup>;</li> <li>-Impacto na percepção própria<sup>2</sup>, possível crescimento pessoal<sup>7</sup>;</li> <li>-Evitamento de cuidados pós-natais e do hospital<sup>5</sup>; a relação com os profissionais e serviços de saúde pode ser afetada<sup>2</sup>, podendo surgir agressividade<sup>7</sup>;</li> <li>-Partofobia<sup>21</sup>, grande ansiedade nos partos seguintes<sup>7</sup> e maior risco de ter um novo trauma<sup>16</sup>;</li> <li>-Opções maternas nas gravidezes e partos seguintes como: <i>freebirthing</i><sup>1</sup>, optar pelo parto por cesariana<sup>1,16</sup> e/ou a tomada de decisões contra parecer médico<sup>16</sup>;</li> </ul>
<b>Recém-nascido / Bebê / Filho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Efeitos psicológicos de longa duração<sup>28</sup>;</li> <li>-Impacto no desenvolvimento cognitivo e emocional<sup>7</sup>;</li> <li>-Consequências infantis como temperamento difícil, ansiedade de separação, agressividade, internalização e externalização de problemas, evitar conflitos, atenção seletiva para perigos e <i>stressors</i><sup>1</sup>;</li> <li>-Impacto na relação mãe-filho<sup>7,19</sup>.</li> </ul>
<b>Pessoa significativa / Família</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Impacto devastador<sup>2,9,10</sup>;</li> <li>-Sentimentos de vergonha e raiva<sup>5</sup>;</li> <li>-Transtorno de <i>Stress</i> Pós-Traumático<sup>5</sup>;</li> <li>-Impacto na parentalidade<sup>15</sup>.</li> </ul>
<b>Profissionais de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<i>Stress</i><sup>9</sup>, <i>burnout</i>, períodos de ruminação, pesadelos e memórias <i>stressantes</i><sup>24</sup>;</li> <li>-Ansiedade excessiva e hipervigilância<sup>24</sup>; sentimentos de culpa<sup>9-10,15,24</sup>, raiva<sup>7,24</sup>, impotência e choque<sup>7</sup>, tristeza<sup>24</sup>...</li> <li>-Mudanças na prática profissional<sup>24</sup>;</li> <li>-Influência na autoconfiança<sup>24</sup>;</li> <li>-Sentimentos de falta de profissionalismo, insegurança<sup>24</sup>;</li> <li>-Criação de comportamentos defensivos e intervenção de forma excessiva<sup>24</sup>;</li> <li>-Diminuição da capacidade de prestar cuidados empáticos<sup>23</sup>;</li> <li>-Abandono da profissão ou mudança de local de trabalho<sup>7,24</sup>;</li> <li>-Alteração da percepção do parto fisiológico<sup>24</sup>;</li> <li>-Alteração da tolerância e percepção do risco<sup>24</sup>;</li> <li>-Processos legais e perda do local de trabalho<sup>24</sup>;</li> <li>-Promoção do desenvolvimento espiritual, crescimento, atualização dos conhecimentos e competências<sup>24</sup>;</li> <li>-Aumento da assertividade<sup>24</sup>;</li> <li>-Experiência de aprendizagem<sup>24</sup>.</li> </ul>