

Transtorno de adaptação decorrente do parto: avaliação de sinais e sintomas em puérperas

Adjustment disorder resulting from childbirth: evaluation of signs and symptoms in postpartum women

Quézia Tenorio Ferreira¹, Luiziane Souza Vasconcelos de Lima², Leonardo Xavier de Lima e Silva², Delmilena Maria Ferreira Aquino², José Flávio de Lima Castro²

RESUMO

Estudo transversal analítico, que objetivou avaliar a presença de sinais e sintomas de Transtorno de Adaptação em puérperas de uma maternidade pública do Recife, bem como, evidenciar fatores relacionados a este transtorno. Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: um sobre dados sociodemográficos e a Escala de Impacto de Eventos. Das 151 puérperas pesquisadas, 12 (7,94%) apresentaram escore compatível com a presença de sinais e sintomas de Transtorno de Adaptação decorrentes do parto, estando associados principalmente a: presença de sentimento de tristeza e desinteresse pela vida anteriores ao parto, via de parto final não desejada, ausência de acompanhante durante o parto, relato de nenhum ou pouco planejamento de gestação, cesárea ou parto vaginal com episiotomia como tipo de parto atual, e assistência prestada pelo profissional médico. Verificou-se que o uso da Escala de Impacto de Eventos pode contribuir na triagem, acompanhamento e suporte adequado das puérperas identificadas com indícios de Transtorno de Adaptação.

Descritores: Transtornos de Adaptação; Período Pós-Parto; Parto Normal; Cesárea; Enfermagem-Obstétrica.

ABSTRACT

This is an analytical cross-sectional study aimed to evaluate the presence of signs and symptoms of Adjustment Disorder in postpartum women in a public maternity hospital in Recife, as well as to discuss factors related to this disorder. Data were collected using two instruments: one for sociodemographic information and the Impact of Events Scale. Of the 151 women in the postpartum surveyed in this study, 12 (7.94%) scored positive for signs and symptoms of Adjustment Disorder resulting from childbirth. These signs and symptoms were chiefly associated with feelings of sadness and disinterest in life prior to delivery, undesired route of delivery, absence of companion during delivery, unplanned or minimally planned pregnancy, cesarean section or vaginal delivery with episiotomy as the current form of childbirth and quality of care provided by the medical professional. It was found that the use of Impact of Events Scale can help screen, monitor and support postpartum women with signs of Adjustment Disorder.

Descriptors: Adjustment Disorders; Postpartum Period; Natural Childbirth; Cesarean Section; Obstetric Nursing.

¹Secretaria de Saúde do Recife – Recife (PE), Brasil. E-mail: queziatferreira@hotmail.com

²Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE), Brasil. E-mail: luiziane.lima@gmail.com, leopsixavier@gmail.com, delmilena_@hotmail.com, flaviocastro20@hotmail.com

Como citar este artigo: Ferreira QT, Lima LSV, Silva LXL, Aquino DMF, Castro JFL. Transtorno de adaptação decorrente do parto: avaliação de sinais e sintomas em puérperas. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em: _____];21:53876. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.53876>.

Recebido em: 07/07/2018. Aceito em: 25/11/2019. Publicado em: 31/12/2019.

INTRODUÇÃO

O transtorno de adaptação (TA) é definido pela classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), particularmente o Código Internacional de Doenças 10 (CID-10), como sendo o estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos, que dificulta o funcionamento e o desempenho social⁽¹⁾. Caracteriza-se por ocorrer no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante, traumático ou não, resultando em uma reação depressiva, ou perturbação das emoções e das condutas, de curta ou longa duração⁽²⁾.

Até 1987 o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM), afirmava que o TA possuía um diagnóstico transitório, não excedendo o período de seis meses, entretanto, em 2011 ao ser lançada a 4ª edição do DSM foi concebida a possibilidade da cronicidade do transtorno⁽³⁾. Entre os acontecimentos geradores do TA o processo da gestação, parto e puerpério pode proporcionar uma experiência assustadora, ansiosa e até mesmo traumática⁽²⁾. Essa percepção traumática do parto surge quando uma mulher acredita que existe uma ameaça séria ou significativa à sua própria vida (por exemplo, complicações obstétricas antecipadas ou inesperadas, cesárea de emergência), à vida do seu bebê (por exemplo, parto prematuro, natimorto), ou quando suas expectativas para o momento do parto não são alcançadas⁽⁴⁾.

O pós-parto por sua vez é um período no qual as mudanças, emocionais e físicas, da gestação tendem a se intensificar gerando profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, por isso, os riscos para o aparecimento dos transtornos psiquiátricos tornam-se mais elevados neste período, sendo, portanto, imprescindível que esta fase da vida da mulher seja avaliada com especial atenção⁽⁵⁾.

O puerpério é dividido, variando conforme o autor, em: imediato (1ª à 2ª hora pós-parto), mediato (2ª hora pós-parto ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) e caracteriza-se como fase ativa do ciclo gravídico-puerperal⁽⁴⁾. Trata-se de um momento de extrema importância para o retorno dos órgãos reprodutivos e a readaptação do organismo feminino, alterado pela gravidez e pelo parto, à situação pré-gravídica⁽⁶⁾.

O TA decorrente do evento parturitivo caracteriza-se por apresentar na mulher afetada pensamentos e imagens intrusivas sobre o evento, como a percepção da necessidade de atendimento hospitalar ao ver grave perda de sangue; evitação de estímulos associados ao evento traumático, como evitar atendimento a consultas hospitalares ou compartilhar experiências de parto com outros; afrouxamento do efeito com o aparecimento do humor baixo; pensamentos negativos e crenças sobre o eu, os outros ou o mundo, expressos por frases como: “eu vou morrer”, “não sou uma boa mãe”^(4,5). Estes sinais e sintomas de TA podem, tipicamente, impedir os aspectos do

funcionamento diário, interferindo severamente nas relações sociais das mulheres acometidas por este transtorno⁽⁷⁾.

Tendo em vista que a experiência do parto pode ocasionar o aparecimento do transtorno de adaptação (TA), que como consequência, pode gerar prejuízos à saúde materna e neonatal, influenciando o convívio social da puérpera com as pessoas que a cercam e na relação mãe-bebê^(2,4,5), torna-se necessário a investigação precoce e consequente intervenção de suporte, ou até mesmo de encaminhamento daquelas puérperas que porventura relatem algum tipo de transtorno emocional ou sinais de TA. É portanto, papel fundamental do profissional de saúde, que assiste a mulher no ciclo gravídico-puerperal, estar atento à condição mental e emocional da mulher no pós-parto, sendo relevante lhe fornecer todas as informações sobre o que está ocorrendo⁽⁸⁾.

Nesta perspectiva, este estudo objetivou avaliar a presença de sinais e sintomas de TA em puérperas que tiveram seus filhos em uma maternidade pública do Recife (PE), bem como evidenciar alguns fatores possivelmente relacionados com esse transtorno.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal analítico⁽⁹⁾ vinculado a prefeitura municipal do Recife, que gerencia quatro maternidades públicas, dentre elas a Maternidade onde foram coletados os dados da primeira etapa da entrevista e que conta com uma média de 200 nascimentos/mês, sendo destes cerca de 80% partos normais, e aproximadamente 20% cesáreas. Em torno de 32% dos partos normais são assistidos pela enfermagem obstétrica⁽¹⁰⁾.

A partir da média mensal de nascimentos foi estabelecida a população do estudo: 200 puérperas. Através de cálculo amostral simples e por se tratar de estudo abrangendo fenômeno com diferentes frequências de ocorrência, a prevalência estimada foi de 50%, 95% de intervalo de confiança e 5% de erro amostral, estabeleceu-se seleção de amostra aleatória simples de 132 puérperas, que contemplaram todos os critérios de inclusão (admissão no alojamento conjunto no período de maio a julho de 2017 e aceitar participar da entrevista) e exclusão (assistência ao parto em outro local, perda neonatal e possuir diagnóstico médico de deficiência cognitiva que dificultasse a comunicação).

Diante das perdas que ocorreriam durante a coleta de dados da segunda etapa (aplicação da escala IES), estabeleceu-se uma margem de segurança de 30 entrevistas a mais na primeira etapa, resultando em 162 puérperas pesquisadas. Durante a segunda etapa, como previsto, a IES não pôde ser aplicada em 11 das 162 mulheres (6,8% de perda) devido a motivos como: não atenderam ao telefone ou número telefônico inexistente. Portanto, a amostra final foi composta por 151 mulheres.

A coleta foi realizada em duas etapas, a primeira delas nos meses de maio a julho. Após esclarecimento do objetivo da pesquisa às puérperas, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, foram coletados dados de identificação e caracterização destas mulheres, as quais se encontravam no puerpério mediato. Para isto, foi utilizado um formulário criado pelos autores do artigo, e construído com base em estudos prévios^(3,8), contendo questões acerca do perfil sociodemográfico, de saúde, obstétrico e de satisfação com a assistência ao parto.

Ainda na primeira etapa da coleta de dados, foi explicada às entrevistadas a importância da continuidade da pesquisa, a fim de sensibilizar as mulheres a participarem da segunda etapa, que ocorreu no prazo de 60 dias após o parto, através de contato telefônico com a finalidade de obter respostas para os 15 itens da Escala de Impacto de Eventos — Impact of Event Scale (IES)⁽¹¹⁾, citando-se como fator estressor o evento parto. A entrevista por telefone é uma técnica cujos resultados são obtidos com maior rapidez do que os questionários (principalmente os enviados pelo correio), contudo requer preparo prévio intenso dos investigadores, tanto na construção das questões, como no treinamento dos entrevistadores, além disto, o suporte telefônico proativo tem potencial eficaz na diminuição da sintomatologia depressiva pós-parto⁽¹²⁾.

Em relação ao período entre a primeira e a segunda etapa da pesquisa, ele foi estipulado com base no tempo adequado para efetiva redução/ausência da influência hormonal do período puerperal (puerpério remoto), em vista de tornar mais visíveis os sinais e sintomas do TA, possibilitando um futuro diagnóstico⁽⁷⁾.

A IES, já traduzida e validada no Brasil⁽¹¹⁾, tem sido amplamente utilizada em pesquisas relacionadas à depressão pós-parto⁽¹²⁾, dentre outras. Trata-se de uma escala composta por 15 itens que medem, de acordo com atributos de frequência, a presença de sintomas intrusivos (questões 1, 4, 5, 6, 10, 11 e 14) e de esquiva (questões 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 e 15) após a ocorrência de situações traumáticas, no caso deste estudo, situações ocorridas ou vivenciadas durante o parto. Nessa escala, do tipo Likert, as mulheres respondiam como se sentiam em relação a cada uma das questões formuladas, a partir de quatro atributos de frequência: nunca, raramente, às vezes e sempre.

Tendo em vista que a IES é uma escala autoaplicável, foi realizada uma adaptação verbal ao aplicá-la às entrevistadas por telefone. A adaptação foi feita através da concordância verbal das questões na segunda pessoa indireta do singular “você” e a troca dos termos “disso” e “isso” por “momento do parto”.

Sobre a IES, existe a necessidade de estabelecimento de escores para cada uma das respostas, assim distribuídos: nunca= 0, raramente= 1, às vezes= 3 e sempre= 5; o limite de corte, conforme os critérios propostos na classificação mais recente da IES é pontuação maior que 25, ou seja,

os indivíduos que alcançam esse patamar podem apresentar sinais de transtorno relacionados ao evento estressor⁽¹³⁾. Diante disto, no presente estudo, as puérperas identificadas com escores superiores a 25 pontos foram orientadas a procurar uma avaliação profissional específica.

Os dados obtidos nas primeira e segunda etapas da coleta foram registrados em planilha eletrônica e, logo em seguida, foram transferidos para o software Statsoft Statistica versão 8.0, no qual foi empregada a estatística descritiva (distribuição de frequências, médias e desvios-padrão), além de correlações bivariadas de Pearson entre as variáveis, incluindo nível de impacto do evento parturitivo. Para avaliação da consistência interna do instrumento IES, utilizou-se o índice Alfa de Cronbach. Na análise inferencial, foram utilizadas análises de variância dos escores na IES, em função de agrupamentos de interesse (cesariana vs. parto normal; parto com e sem episiotomia; parto assistido por médico obstetra vs. por enfermeiro obstetra), elegidos com base nos resultados de outras pesquisas já realizadas dentro desta temática⁽¹⁴⁾, e também foi elaborado um modelo de regressão linear múltipla (stepwise), para identificar que variáveis poderiam prever os escores da IES. Em todos os testes aplicados neste estudo foi considerada significância estatística de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Recife (CAAE nº 66359617.9.0000.5201), respeitando-se os conceitos éticos preconizados pela Resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde (MS), que fundamenta os aspectos com pesquisa em seres humanos e a Resolução COFEN nº 564/2017, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

RESULTADOS

Das 151 puérperas pesquisadas, 37,7% tinham até o ensino fundamental, 59% o ensino médio em andamento ou completo, e apenas 3,3% o ensino superior em andamento ou completo. Em relação à renda familiar, 43,7% das mulheres possuíam renda de até um salário-mínimo, outras 43,7% entre um e dois salários, e 12,6% entre dois e três salários-mínimos. No tocante ao estado marital, 37,7% das mulheres afirmaram estar solteiras, 11,3% casadas e 51% em união consensual.

Quanto à convivência, 76,8% das participantes disseram residir com esposo e/ou filhos, 13,2% disse morar com parentes, 7,9% morar com esposo e/ou filhos mais os parentes, e 2,1% das mulheres informou residir sozinha. No que diz respeito à ocupação, 62,9% informaram “do lar”, enquanto 7,3% eram estudantes, e outras 19,8% exerciam alguma atividade remunerada. Das 151 mulheres, 59,6% afirmou frequentar alguma religião. Todas as puérperas eram de risco habitual e a média de idade foi 24,3 anos (mín. 18, máx. 39, DP=5,25).

Na Tabela 1, estão representados os valores percentuais das variáveis obstétricas. Como se pode ver, quase metade (46,3%)

das mulheres da amostra eram primíparas, enquanto 25,8% delas haviam dado à luz por via cirúrgica no parto atual, e 35,7%

Tabela 1. Caracterização obstétrica das mulheres. Recife, PE, 2017

Variáveis	N	%
Paridade e aborto		
1º parto sem histórico de aborto	63	41,7
1º parto com histórico de aborto	7	4,6
2 ou mais partos sem histórico de aborto	66	43,8
2 ou mais partos com histórico de aborto	15	9,9
Parto anterior		
Cesárea	30	35,7
Normal com episiotomia	30	35,7
Normal sem episiotomia	24	28,6
Parto atual		
Cesárea	39	25,8
Normal com episiotomia	19	12,6
Normal sem episiotomia	93	61,6
Motivo da cesárea atual*		
Urgência	5	13,1
Falha de progressão	18	47,4
A pedido	2	5,3
Motivos não incentivados pela OMS	13	34,2
Planejamento da gravidez		
Sim	62	41,1
Não	68	45,0
Mais ou menos	21	13,9
Pré-natal		
Sim, foi bom	95	62,9
Sim, foi razoável	42	27,8
Sim, mas foi ruim	12	8,0
Não fez	2	1,3
Participação em roda de conversa		
Sim, uma vez	18	11,9
Sim, mais de uma vez	19	12,6
Não participou	14	75,5
Parto atual assistido por		
Enfermeiro obstetra ou residente	59	39,1
Médico obstetra	92	60,9
Presença de acompanhante		
Sim	104	68,9
Não	47	31,1

Nota: *Um dos motivos foi perdido.

das múltiparas, via cesariana em parto anterior. Os motivos alegados prevalentes para realização do parto atual via cirúrgica foi falha de progressão e outros motivos não incentivados pelas diretrizes de saúde nacionais e mundiais (47,4% e 34,2%, respectivamente), tais como desproporção cefalopélvica, frequência cardíaca fetal não tranquilizadora e macrosomia (dados confirmados nos prontuários das pacientes).

Quanto a planejamento da gravidez, a amostra também se mostrou bem equitativa, com 45% das mulheres dizendo não ter planejado a gestação, além do que quase todas (98,6%) disseram ter realizado consultas de pré-natal, e dessas, cerca de dois terços (62,9%) aprovou a assistência, contudo a maioria (75,5%) informou não ter participado de rodas de conversa no pré-natal. No tocante ao parto, houve predominância (60,9%) de profissionais médicos conduzindo o processo de assistência (dado confirmado no prontuário das pacientes), bem como foi garantida a presença de acompanhante em 68,9% dos casos.

A Tabela 2 apresenta os valores acerca das variáveis psicológicas relacionadas ao parto. Em quase 69% das mulheres a via de parto final foi a desejada inicialmente, 52,3% das entrevistadas disseram ter tido satisfação com a assistência ao parto recebida. Quanto ao aparecimento de sintomas de tristeza ou desinteresse pela vida nas duas semanas anteriores ao parto, 89,4% das mulheres relatou não ter apresentado nenhum desses dois sintomas, entretanto 13 das 151 puérperas reportaram uma maior frequência dos referidos sintomas.

Em relação aos resultados envolvendo a IES, médias e correlações, convém reiterar que os valores atribuídos a cada participante do estudo foram calculados utilizando-se os critérios

Tabela 2. Caracterização psicológica das mulheres. Recife, PE, 2017

Variáveis	N	%	
Via de parto final desejada inicialmente	Sim	104	68,9
	Não	47	31,1
	Nenhuma	4	2,7
Satisfação com a assistência ao parto	Pouca	12	7,9
	Mais ou menos	31	20,5
	Muita	79	52,3
	Totalmente	25	16,6
Tristeza nas duas últimas semanas	Sim	13	8,6
	Não	135	89,4
	Mais ou menos	3	2,0
Desinteresse pela vida nas duas últimas semanas	Sim	13	8,6
	Não	135	89,4
	Mais ou menos	3	2,0

já estabelecidos⁽¹³⁾. A consistência interna dos 15 itens que compõem a escala —calculada através do Alfa de Cronbrach— foi de 0,86, enquanto para as dimensões de esquivia e intrusão, obtiveram-se os seguintes índices, respectivamente: 0,81 e 0,75; esses valores são considerados aceitáveis e coerentes com o que aponta a literatura⁽¹¹⁾, atestando que o teste foi consistente na amostra deste estudo. As respostas de cada item foram pontuadas em escala Likert de quatro pontos, variando de 1 a 4 (de nunca a sempre), enquanto o escore total foi estabelecido conforme descrito no Método.

Assim, a média geral dos escores da IES entre as participantes foi de 9,3 pontos (mín. 0, máx. 29, DP=8,40, N=151), bem abaixo do limiar de 25 pontos, a partir do qual se considera haver sinais de estresse, decorrente do impacto do evento⁽¹³⁾.

A Tabela 3 apresenta uma matriz de correlações produto-momento entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas, psicológicas (satisfação e estados de tristeza e desinteresse pela vida) e a pontuação na IES, para averiguar o grau de associações bivariadas entre elas. Assim, o escore na IES relacionou-se negativamente com satisfação com

a assistência obstétrica ($r=-0,24$, $p<0,05$), presença de um acompanhante no parto ($r=-0,24$, $p<0,05$), planejamento da gravidez ($r=-0,23$, $p<0,05$), idade e escolaridade (ambas, $r=-0,20$, $p<0,05$) e via de parto desejada ($r=-0,18$, $p<0,05$); e positivamente com sentimento de tristeza e desinteresse pela vida nas duas últimas semanas ao parto ($r=0,31$, $p<0,05$). Ou seja, houve tendência a uma maior incidência de TA entre as participantes mais entristecidas e desinteressadas da vida nas duas semanas prévias ao parto, entre as de menor idade, menos anos de estudo, menos planejamento para a gravidez atual, menos presença de um acompanhante no parto, e mais baixa satisfação com a assistência obstétrica recebida. Não houve correlação significativa entre o escore na IES e a renda declarada, a frequência a uma religião, participação em roda de conversa durante o pré-natal, e avaliação da própria assistência pré-natal.

Ao considerarem-se as 12 mulheres que entraram no critério de TA⁽¹³⁾, as variáveis mais correlacionadas com o estresse permanecem, por ordem de intensidade: sentimento de tristeza e desinteresse pela vida nas duas semanas anteriores ($r=0,33$, $p<0,05$), via de parto desejada inicialmente ($r=-0,33$, $p<0,05$),

Tabela 3. Matriz de correlações produto-momento entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas, psicológicas e o escore na Escala de Impacto de Eventos

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Idade											
2. Frequenta religião (1-0)	0,20*										
3. Escolaridade (1-6)	0,18*	0,07									
4. Renda (1-4)	0,27*	0,00	0,37*								
5. Planejamento da gravidez (0-2)	0,20*	0,11	0,24*	0,24*							
6. Pré-Natal (1-3)	0,07	0,13	0,24*	0,15*	0,07						
7. Participação em roda (0-2)	0,09	-0,07	0,34*	0,17*	0,45*	0,27*					
8. Presença de acompanhante (1-0)	0,06	-0,06	0,07	-0,06	-0,06	-0,01	0,05				
9. Via de parto desejada (1-0)	0,15	-0,09	0,05	-0,01	-0,15	0,09	0,05	0,69*			
10. Satisfação c/ a assistência ao parto (0-4)	0,19*	0,09	0,13	0,19*	0,11	0,17*	0,18*	-0,05	0,12		
11. Sentimento de tristeza/ desinteresse (0-2)	-0,22*	-,17*	-0,03	-,20*	-,24*	-0,09	-,18*	0,03	-0,02	-0,24*	
12. Escore Na IES (1-4)*	-0,20*	-0,03	-0,20*	-0,05	-0,23*	0,02	-0,12	-0,24*	-0,18*	-0,24*	0,31*

Nota: * $p<0,05$. Escolaridade: 1-Não alfabetizada... 6-Superior completo; Renda: 1-Até um salário-mínimo... 4-Acima de 5 salários-mínimos; Planejamento da gravidez: 0-Não planejado, 1-Mais ou menos planejado, 2-Totalmente planejado; Pré-natal: 1-Não realizado, 2-Realizado mas não aprovado, 3-Realizado e aprovado. Participação em roda de gestante: 0-Nenhuma participação, 1-Pouca participação, 2-Bastante participação; Satisfação com a assistência: 0-Nada satisfeita... 4-Totalmente satisfeita; Sentimento de tristeza e desinteresse pela vida nas duas últimas semanas: 0-Nenhuma frequência... 2-Bastante frequente; Escore na IES: 1-Nunca, 2-Raramente, 3-Às vezes, 4-Sempre; Frequenta religião: 0-Não, 1-Sim; Presença de acompanhante: 0-Não, 1-Sim; Via de parto foi a desejada: 0-Não, 1-Sim.

*A escala de respostas foi readequada de modo a ser comparável com a das demais variáveis, especialmente as variáveis contínuas. Assim, ao invés de utilizarem-se os escores 0, 1, 3 e 5, trabalhou-se com 1, 2, 3 e 4.

presença de acompanhante no parto ($r=-0,28$, $p<0,05$) e planejamento da gestação ($r=-0,25$, $p<0,05$). Além disso, separadas estas mulheres por ocupação (ser “do lar” ou não), apareceu diferença significativa entre elas quanto a integrar o grupo de TA, estando mais presentes nele aquelas que informaram ser “do lar” (Mann Whitney U, $Z=2,76$, $p<0,01$).

Adicionalmente, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, para verificar quais variáveis foram capazes de prever o escore indicativo de TA. Isto resultou em um modelo estatisticamente significativo [$F(4,146)=9,946$; $p<0,001$; $R^2=0,214$], com os seguintes preditores: sentimento de tristeza e desinteresse pela vida nas duas últimas semanas ($\beta=0,276$; $t=3,661$; $p<0,001$), presença de acompanhante ($\beta=-0,240$; $t=-3,260$; $p=0,001$), escolaridade ($\beta=-0,159$; $t=-2,143$; $p=0,034$) e satisfação com a assistência ao parto (Beta= $-0,162$; $t=-2,120$; $p=0,035$). Este resultado aponta a influência de uma variável de saúde pré-natal (estado mórbido anterior ao parto), seguida por duas variáveis da assistência ao parto: a garantia de acompanhante e a satisfação com a própria assistência, além de uma variável sociodemográfica (escolaridade). Tais achados parecem sugerir que o processo de cuidado do ciclo gravídico-puerperal apresenta algum impacto sobre o desenvolvimento de sinais e sintomas de TA. Porém, como os coeficientes dos preditores bem como o coeficiente de determinação se mostraram relativamente baixos, torna-se relevante confirmar estas relações em estudos com desenhos mais experimentais.

Em vista de comparar grupos quanto ao índice de TA, pode-se observar primeiramente, no Gráfico 1, o escore médio das mulheres na IES em função do profissional prestador da assistência ao parto, e a análise de variância unidirecional,

cujos resultados foram $F(1,149)=15,120$, $p<0,0015$, onde se sobressai a média das mulheres que foram assistidas por médico obstetra.

Os outros grupos comparados referem-se ao tipo de parto, onde a análise de variância com os escores médios das mulheres na IES também trouxe uma diferença significativa Efeito corrente: $F(2,148)=12,846$, $p=,00001$ (Gráfico 2). Assim, foi observada diferença (via teste post hoc de Scheffé, $p<0,05$) entre mulheres cuja via de parto foi cesárea e aquelas de parto normal sem episiotomia, sendo deste último grupo a menor média.

DISCUSSÃO

A literatura tem apontado que alguns fatores, como baixa escolaridade e baixa renda, exercem influência sobre a autonomia e a capacidade de decisão da mulher sobre seu corpo e parto, além de impactar o estado psicológico materno durante o ciclo gravídico-puerperal. Elementos relacionais (estrutura familiar, relacionamento conjugal e familiar, violência e rede de apoio) e contextuais (planejamento da gestação, eventos estressores e migração) somam-se como prováveis geradores de depressão e quadros de ansiedade, tendo em vista que estes são fenômenos complexos e multideterminados⁽¹⁴⁾. No presente estudo, entre renda e escolaridade, apenas esta última apresentou associação, ainda que pequena, com o índice de TA medido através da IES.

A religião, por sua vez, é citada como fator protetor para o surgimento de transtornos depressivos, pois quanto maior a religiosidade menor a frequência de depressão. Resumidamente, a religião possui papel potencial como forma de lidar com demandas, perdas e dificuldades internas

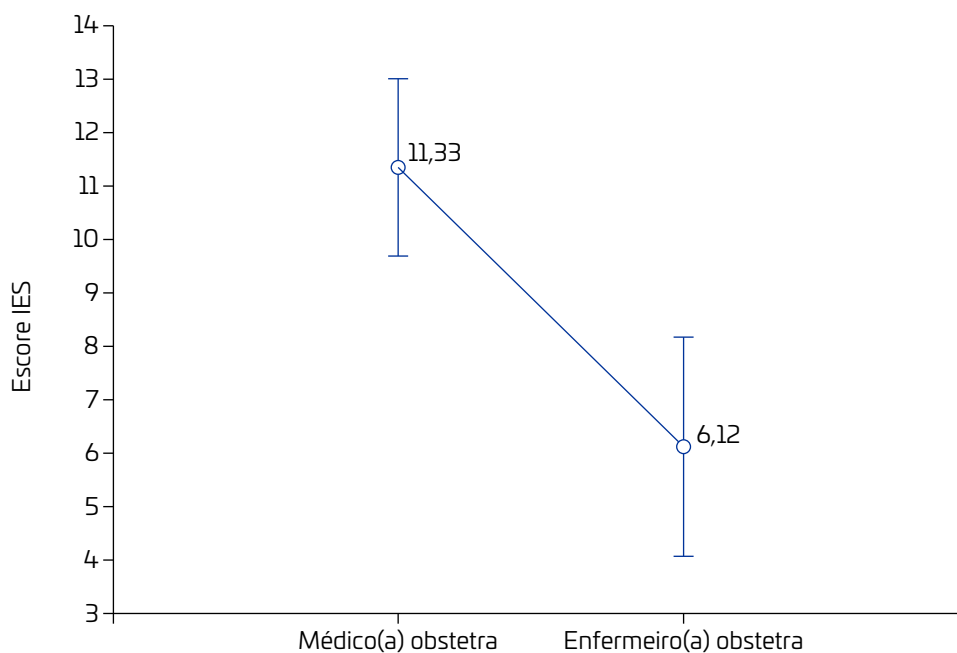


Gráfico 1. Pontuação na Escala de Impacto de Eventos em função do assistente de parto.

ou externas⁽¹⁵⁾. Porém, no presente estudo esta variável não se mostrou tão relevante, ainda que também relacionada com o índice de TA.

Sobre os resultados das variáveis obstétricas, vale ressaltar que o Brasil é conhecido mundialmente pela elevada prevalência de cesarianas. Nota-se que, de forma geral, no Brasil este valor vem sendo reduzido, mas ainda permanece acima do ideal preconizado pelos órgãos nacionais e mundiais da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (World Health Organization)⁽¹⁶⁾ recomenda uma taxa de cesáreas que varie entre 10 a 15%. Essa recomendação está baseada em estudos que apontam que uma taxa maior que 15% não representa redução na mortalidade materna e tampouco melhores desfechos de saúde para a unidade mãe-bebê^(17,18).

Os resultados percentuais próximos encontrados nas mulheres que qualificaram a assistência pré-natal como boa (62,9%) (Tabela 1) e as que disseram ter tido muita satisfação com a assistência ao parto (52,3%) (Tabela 2) são corroborados por estudo transversal⁽¹⁹⁾, com 482 mulheres entrevistadas, que relacionou a satisfação com a assistência recebida no parto à comunicação respeitosa durante o pré-natal e à continuidade da atenção dispensada pelos profissionais da atenção básica. O pré-natal é uma ferramenta importante na construção do empoderamento da mulher, tornando-a mais ativa nas decisões a serem tomadas durante o processo parturitivo, o que modifica a forma de ver, analisar e qualificar a assistência recebida durante este processo⁽²⁰⁾.

Estes autores⁽²⁰⁾ também citam o pré-natal como sendo um meio relevante para identificação de prováveis danos psicológicos pré-existentes ou que porventura surjam durante

o ciclo gravídico, podendo assim após a identificação realizar a continuidade da assistência no intuito de sanar o problema ou minimizar seus danos. Neste sentido, vale frisar que o estado mórbido da mulher nas duas semanas pré-parto se mostrou o preditor mais importante do índice de Transtorno de Adaptação, avaliado no presente estudo pela IES. Além de uma atenção pré-natal de qualidade, o profissional e as técnicas utilizadas durante a assistência ao parto também influenciam na forma da paciente avaliar a atenção recebida durante o processo de nascimento.

Os resultados do Gráfico 1 (comparação dos escores médios na IES em função do profissional que assistiu o parto), realçam os esforços que o Ministério da Saúde vem empregando em inserir cada vez mais a enfermagem obstétrica no campo da assistência ao parto, pois as mulheres que receberam assistência através de modelos de atendimento de continuidade, liderados por parteiras/enfermeiras, tiveram menos probabilidade de experimentar intervenções e foram mais propensas a ficar satisfeitas com o cuidado recebido⁽²¹⁾.

Ratificando os resultados obtidos nesta pesquisa, evidenciando que mulheres com maiores valores na IES tenderam a também estar sem uma companhia de sua escolha, durante o parto (Tabela 3). A literatura⁽²²⁾ revela que as mulheres que recebem suporte contínuo durante o trabalho de parto e parto (apoio emocional, informações sobre o progresso do trabalho de parto e conselhos sobre técnicas de enfrentamento, medidas de conforto), seja por parte da equipe do hospital, ou de alguém escolhido pela própria mulher (doula, família ou amigos), apresentam maior probabilidade de ter um parto vaginal espontâneo, menor tempo de trabalho

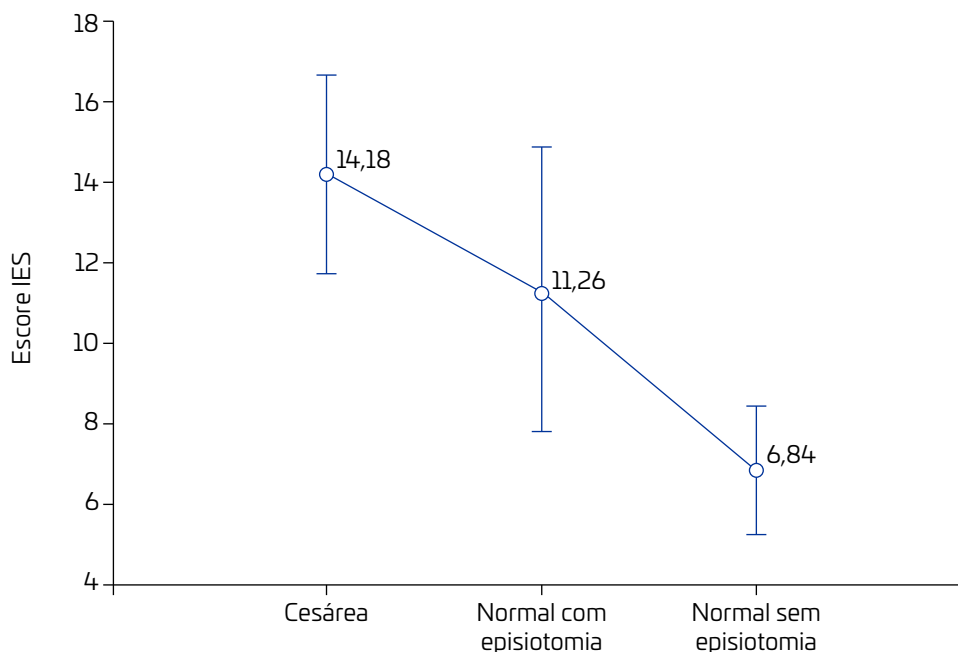


Gráfico 2. Pontuação na Escala de Impacto de Eventos em função do tipo de parto.

de parto, menos chances de necessitar de analgesia e menor probabilidade de classificar negativamente os sentimentos sobre a experiência de parto. Os reflexos psicológicos positivos também são observados, quando empregado o suporte contínuo, em relação à sintomatologia depressiva, reduzindo as chances de depressão pós-parto. Os benefícios desta assistência vão além da parturiente, refletindo positivamente na vida extrauterina do neonato, gerando menos risco de baixa pontuação de Apgar de cinco minutos^(21,22).

Em 2005 através da lei nº 11.108/2005⁽²³⁾ foi instituído o direito à parturiente de ter a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, tendo em vista a necessidade de apoio (físico e emocional). Corroborando com os achados desse estudo que indicam a importância da presença do acompanhante como um fator protetor para os danos emocionais para a mulher e o surgimento do TA.

Os resultados desta pesquisa apontaram, ainda, que passar pela cirurgia cesariana também aparece relacionado com maiores valores nos resultados da escala de impacto de eventos (Gráfico 2). Corroborando este achado, em pesquisa transversal⁽²⁴⁾ realizada em UBS's no Paraná, ao avaliar o TA em puérperas, concluiu-se que maiores riscos de aparecimento deste transtorno ocorreram nas mulheres que foram submetidas à cirurgia cesariana quando comparado ao grupo de parto normal. Este achado também foi apontado em estudo publicado pela revista Cochrane⁽²¹⁾, que aponta as intervenções desnecessárias, durante o parto, como fator de risco para o surgimento de transtornos de estresse pós-traumático, tais como o TA.

O Gráfico 2 também aponta que as puérperas submetidas ao parto normal com episiotomia apresentaram médias de escores maiores do que as que evoluíram para um parto normal sem episiotomia. Reforçando este dado, em pesquisa⁽²⁵⁾ acerca da utilização da episiotomia na medicina moderna, constatou-se que em diversas condições obstétricas como macrossomia, sofrimento fetal, occipito posteriores, distócia de ombro e parto instrumental, a episiotomia não apresenta benefícios, associando-se, por sua vez, a danos consideráveis, como dor, maior necessidade de analgésicos e lacerações perineais graves. Por isso, na ausência de benefícios e com um potencial para malefícios, tal procedimento deveria ser abandonado, reduzindo assim as taxas de episiotomias para um percentual menor que 15%, para isso os obstetras e os serviços necessitam adequar suas taxas-alvo de acordo com as características e as experiências de parto da população assistida.

CONCLUSÃO

Os achados permitem concluir que o uso de escalas psicométricas, tais como a IES, podem contribuir na triagem, no acompanhamento e no suporte adequado às mulheres, tendo em vista ajudar a identificar indícios de TA, que possam

resultar em transtornos mais complexos. Embora se apresente como um instrumento útil, a avaliação mediante o uso da IES precisa ser acompanhada por um aprofundamento na história individual de cada uma das mulheres, pois, como evidenciado neste estudo, em alguns casos uma pontuação de escore mais elevado pode ser reflexo de alguma alteração emocional ou psicológica existente antes mesmo da gestação ou originada no seu decorrer.

O cruzamento das variáveis utilizadas com os escores obtidos na IES de cada participante possibilitou uma melhor análise de possíveis fatores de risco para o aparecimento de sinais de transtorno de adaptação no puerpério. Dentre eles cabe destacar as variáveis obstétricas como: cirurgia cesariana, parto vaginal com presença de episiotomia, pouco ou nenhum planejamento para a gravidez, assistência ao parto prestada pelo profissional médico e ausência de acompanhante durante o parto.

Tão relevante quanto as questões obstétricas, os fatores psicológicos quando afetados negativamente (parir pela via não desejada e insatisfação com a assistência recebida durante o parto) também suscitaram a existência de maior risco para desenvolvimento de TA no pós-parto. Além disso, a participação em rodas de conversa durante o pré-natal, maior idade e maior escolaridade (variáveis que comumente estão associadas a maior empoderamento) associaram-se negativamente com o estresse pós-parto, tal qual avaliado pela escala utilizada. Tais aspectos poderão ser melhor explorados, através de outros desenhos metodológicos, em pesquisas futuras.

Apesar da baixa incidência de puérperas que apresentaram indícios de TA nesta pesquisa, os resultados sugerem alguns elementos que, uma vez melhorados, poderiam reduzir os índices de estresse pós-parto. Em síntese, ao que parece, uma assistência pautada em um cuidado contínuo e menos intervencionista poderá refletir beneficemente na memória afetiva da mulher no puerpério. Vale ressaltar que, a identificação de sinais e sintomas de TA nas puérperas foi de extrema importância para que pudesse haver uma orientação, por parte dos autores, de procura de serviço psicológico adequado. O que se faz necessário para seguimento de terapêutica adequada, tendo em vista que o fechamento do diagnóstico de TA deve ser feito por um profissional médico ou de psicologia.

Como fator limitante desta pesquisa, pode-se citar a fragilidade de uma avaliação precisa, com apenas algumas respostas (psicométricas), ainda que associadas a dados de prontuário, tendo em vista que abarcar o universo da mulher no período puerperal é uma tarefa bastante complexa. Assim sendo, seria necessário mais tempo (estudo longitudinal), além de recursos que permitissem uma aproximação maior da experiência da mulher (exemplo: entrevista), para se conseguir elementos mais precisos, determinantes para intervenção precoce sobre eventuais transtornos psíquicos. Além disso, a baixa escolaridade das entrevistadas pode ter sido um fator

limitante na compreensão do conteúdo da escala, ainda que sua aplicação tenha ocorrido verbalmente, via telefone.

Contudo, espera-se que este estudo sirva de subsídio para formulação de estratégias para o atendimento de enfermagem durante o pré e pós-natal, que melhor avaliem o estado psicológico da mulher. Além disso, acredita-se que esta pesquisa possa despertar o interesse de outros pesquisadores para o desenvolvimento de novos estudos com maior abrangência da área pesquisada, e com novos desenhos metodológicos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde — CID-10. 10ª Revisão. Versão 2008. Vol. 1. Genebra: OMS; 2008.
2. Freitas MES, Silva FP, Barbosa LR. Análise dos fatores de risco associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. *Revista de Atenção à Saúde* [Internet]. 2016 abr./jun. [acesso em: 05 jan. 2017];14(48):99-105. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/312366715>. <https://doi.org/10.13037/ras.vol14n48.3351>.
3. Jordão RRR, Cavalcanti BMC, Marques DCR, Perrelli JGA, Manguiera SO, Guimarães FJ, Frazão IS. Acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Desempenho do Papel Ineficaz. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2017 maio [acesso em: 29 mar. 2018];28:818-23. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/42306/23002>. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.42306>.
4. Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS, Leão DCMR, Paula E, Pimentel MM. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2018 jan. [acesso em: 06 jul. 2018];12(1):236-46. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23523/26086>. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23523p236-246-2018>.
5. Furuta M, Spain D, Bick D, Ng ESW, Sin J. Effectiveness of trauma-focused psychological therapies compared to usual postnatal care for treating post-traumatic stress symptoms in women following traumatic birth: a systematic review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [acesso em: 06 jan. 2017];6(11):e013697. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/11/e013697>. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013697>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. 1ª ed. revista [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em: 06 jan. 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
7. Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: a narrative review. *Infant Behavior and Development* [Internet]. 2018 [acesso em: 29 mar. 2018];51:24-32. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163638317302357?via%3Dihub>. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.005>.
8. Barbosa ME, Oliveira ASS, Galiza DDF, Barros VL, Aguiar VF, Marques MB. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* [Internet]. 2017 [acesso em: 06 jan. 2017];18(2):227-33. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/19255/29972>. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200012>.
9. Rouquayrol MZ, Gurgel M. *Epidemiologia & Saúde*. 8ª ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2018.
10. Pernambuco (Estado). Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Dados de assistência ao parto nas maternidades municipais do Recife no primeiro semestre de 2016 [acesso em: 01 fev. 2017]. Recife: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.
11. Silva ACO, Nardi AE, Horowitz, M. Versão brasileira da Impact of Event Scale (IES): tradução e adaptação transcultural. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* [Internet]. 2010 [acesso em: 10 set. 2019];32(3):86-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082010000300005&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082010000300005>.
12. Silveira MS. A saúde mental de mulheres com morbidade materna grave e near miss em Sergipe. Tese (doutorado em Ciências da Saúde). Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2017. [Internet]. 2017. [acesso em: 03 jan. 2018]. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/3635/1/MONICA_SILVA_SILVEIRA.pdf.
13. Soares GCF, Andretto DA, Diniz CSG, Narchi NZ. Adjustment disorders in the postpartum resulting from childbirth: a descriptive and exploratory study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2012 dez. [acesso em: 10 set. 2019];11(3):907-22. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/269652600_Adjustment_disorders_in_the_postpartum_resulting_from_childbirth_A_descriptive_and_exploratory_study. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20120061>.
14. Kliemann A, Böing E, Crepaldi MA. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças – Psicologia*

- da Saúde [Internet]. 2017 jul./dez. [acesso em: 12 out. 2017];25(2):69-76. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/7512>. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76>.
15. Almeida GS, Bocalila F, Costa R, Jorge A, Lopes A, Lopes C, et al. Depressão pós-parto: repercussões e interações uma revisão de artigos sobre dpp e o diálogo com a espiritualidade [Internet]. 2016 jun. [acesso em: 12 out. 2017];6(5):224-34. Disponível em: <http://www.teologica.net/revista/index.php/teologicaonline/article/view/93>.
 16. Organização Mundial da Saúde. WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018 [acesso em: 16 out. 2018]. Disponível em: http://febrasgo.mccann.health/childbirth_experience_2018.pdf.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS — Volume 4: Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília: UECE/ Ministério da Saúde; 2014.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 mar. [acesso em: 30 out. 2017]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf.
 19. Bassi M, Delle Fave A, Cetin I, Melchiorri E, Pozzo M, Vescovelli F, et al. Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2017 abr. [acesso em: 05 dez. 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29517362>. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2017>.
 20. Prado DS, Mendes RB, Gurgel RQ, Barreto IDC, Bezerra FD, Cipolotti RD. Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2017 dez. [acesso em: 06 jan. 2018];63(12):1039-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017001201039&lng=en&tlng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.12.1039>.
 21. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2016 abr. [acesso em: 11 dez. 2017];(4):CD004667. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/abstract>. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>.
 22. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 jul. [acesso em: 11 dez. 2017];(7):CD003766. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/abstract>. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>.
 23. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS. *Diário Oficial da União, Brasília* [Internet]. 2005 [acesso em: 11 dez. 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm.
 24. Boska GA, Wisniewski D, Lentsck MH. Depressive symptoms in the postpartum period: identification by the Edinburgh postpartum depression scale. *Journal of Nursing and Health*. [Internet]. 2016 [acesso em: 03 jan. 2018];6(1):38-50. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5525/5327>. <http://dx.doi.org/10.15210/JONAH.V6I1.5525>.
 25. Vieira MJO, Santos AAP, Silva JMO, Sanches METL. Assistência obstétrica baseada em boas práticas do acolhimento ao parto. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2016 jun. [acesso em: 03 jan. 2018];18:e1166. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/36714>. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>.

