



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

**ESTUDOS DE VALIDAÇÃO DA ESCALA DE EVENTO TRAUMÁTICO –
PARTO, NA REALIDADE DAS MULHERES ANGOLANAS**

(Dissertação de Mestrado em Psicologia)

Aurora Chaciza Junior Kassongo - N°20121133

ORIENTADORA: Professora Doutora Rute Sofia Ribeiro Brites Lopes Dias

Universidade Autónoma de Lisboa – U.A.L. 2017

Dedicatória

Aos meus pais, irmãos, esposo, Amigos.....a todos que creditaram

Agradecimentos

A Deus pai todo-poderoso por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar o caminho nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

À minha orientadora Prof.^a Doutora Rute Brites, agradeço-lhe profundamente por toda a orientação pedagógica, científica, apoio, confiança, dedicação, pela confiança, encorajamento, e paciência que teve comigo ao longo deste trabalho.

Ao Professor Doutor João Hipólito que com toda a sua sabedoria e inteligência mostrou-me que sou capaz e que todo o ser humano tem a capacidade de se auto atualizar.

Ao Professor Doutor Paulo Gomes que com toda a sua humildade e sabedoria participou diretamente e fez com que este trabalho se tornasse uma realidade.

Agradeço também a alguns professores do Departamento de Psicologia da UAL pela troca de experiência e amizade e humanismo ao longo da minha formação académica, nomeadamente: Professora Doutora Odete Nunes, Prof.^a Doutora Paula Pires, Prof.^a Doutora Mónica Pires, Prof. Doutor Tito Laneiro, Prof. Doutor Manuel Sommer, Prof.^a Doutora Iolanda Galinha, Prof. Doutor Mendes Pedro, o meu muito obrigado.

Aos meus pais, Ernesto Kassongo e Berta Júnior, os amo muito, pelo carinho pela forma como me incutiram a alegria de viver. Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos pelo apoio prestado, pela compreensão e, claro, por estarem sempre a torcer por mim; Especialmente aos meus padrinhos Alberto Mutunga Paulo e Matilde Mutunga Paulo, um enorme obrigada pelo apoio incondicional e por acreditarem sempre em mim e espero que esta etapa, que agora termino, possa, de alguma forma, retribuir e compensar todo o carinho, apoio e dedicação que, constantemente, me oferecem. A eles, dedico todo este trabalho. Ao meu esposo Dilson Ferreira que com a sua paciência esteve sempre ao meu lado.

Expresso também a minha gratidão e solidariedade a todos os pacientes que, embora no anonimato, prestaram uma contribuição fundamental para que este estudo fosse possível e para o avanço da investigação científica nesta área do conhecimento.

Aos psicólogos, amigos e colegas que sempre me apoiaram.

A todos o meu muito obrigado.

A experiência mostrou-me que as pessoas têm, fundamentalmente, uma orientação positiva. ... Acabei por me convencer de que quanto mais um indivíduo é compreendido e aceito, maior tendência tem para abandonar as falsas defesas que empregou para enfrentar a vida, e para progredir num caminho construtivo (Carl Rogers, 1982).

Resumo

O presente estudo trata-se da validação da Escala de Evento Traumático – Parto (*Traumatic Event Scale*, de Wijma, 1999, 2012), na realidade das mulheres angolanas, na medida em que a gravidez e o nascimento de um filho podem ser fases críticas que envolvem vários reajustes a nível individual e familiar e que merecem atenção do ponto de vista centífico.

Para a concretização desse objetivo usámos, para além do questionário sociodemográfico, a escala TES (*Traumatic Event Scale*, de Wijma, 1999, 2012), ambos traduzidos e validados para a população Angolana, numa amostra de 150 participantes, mulheres com filhos recém-nascidos.

As participantes da investigação, 61.4% (n= 92) são casadas ou vive maritalmente. Cinquenta e oito (38.7%) são solteiras. Quanto à escolaridade, verifica-se que cerca de metade das participantes as maiores possuem o nível médio ou superior de ensino (52%). Vinte e cinco participantes têm o ensino básico (16.7%), 30 (20%) o segundo nível e 17 (11.3%) o terceiro nível de escolaridade. No que se refere à profissão, destacamos aquelas que representam maior percentagem, ou seja, 45% (n= 67) responderam que são domésticas e 18% responderam que são estudantes (n= 27), o que representa na totalidade da amostra 63%. Quanto ao tempo de trabalho de parto, no caso das participantes com partos eutócitos, a maioria demorou menos de 3 horas (n = 89, 59.33%). As participantes que realizaram cesarianas (programadas e de urgência), em 81.25% dos casos (n= 26), o tempo de trabalho de parto não excedeu uma hora. Em cerca de 80% dos casos (n=112), não houve qualquer medida de redução da dor de parto. No período em que decorreu o estudo, verificou-se que 47 (31.33%) das participantes estavam a ter o seu primeiro filho, enquanto 103 (68.67%) já tinham outro (s) filho (s).

Palavras-chaves: PTSD, validação, escala de Evento Traumático, stresse pós-traumático.

Abstract

The present study deals with the validation of the Traumatic Event Scale (Wijma, 1999, 2012), in the reality of Angolan women, insofar as the pregnancy and the birth of a child can be critical phases which involve various readjustments at individual and family level and which deserve attention from a central point of view.

In addition to the socio-demographic questionnaire, we used the TES (Traumatic Event Scale, by Wijma, 1999, 2012) scale, both translated and validated for the Angolan population, in a sample of 150 participants, women with newborn children.

Research participants, 61.4% (n = 92) are married or live in the marital area. Fifty-eight (38.7%) are single. As for schooling, it can be seen that about half of the largest participants have the average or higher level of education (52%). Twenty-five participants have the basic education (16.7%), 30 (20%) the second level and 17 (11.3%) the third level of schooling. In relation to the profession, we highlight the ones that represent the highest percentage, that is, 45% (n = 67) answered that they are domestic and 18% answered that they are students (n = 27). As for labor time, in the case of participants with eutychocyte delivery, the majority took less than 3 hours (n = 89, 59.33%). Participants who underwent cesarean sections (scheduled and emergency) in 81.25% of the cases (n = 26), labor time did not exceed one hour. In about 80% of the cases (n = 112), there was no measure of reduction of labor pain. During the study period, 47 (31.33%) of the participants were having their first child, while 103 (68.67%) already had another child (ren).

Key words: PTSD, validation, Traumatic Event scale, post-traumatic stress.

Índice

Resumo	IV
Abstract	V
Introdução	1
Parte I- Fundamentação Teórica	4
Capítulo I - A Perturbação de Stresse Pós-Traumático	5
1.1 Caracterização e evolução da PTSD	7
1. 2 Epidemiologia	8
1.3 A PTSD e o Parto	13
1.3 O Medo do parto e o Desenvolvimento da PTSD	16
1.5 Sintomatologias mulheres com filho recém-nascidos na maternidade	21
Capítulo II - Validade e Fidelidade	23
2. Validação da Escala de Evento Traumático (PTSD)	24
Parte II – Métodos	27
3. Pertinencia da investigação	28
3.1 Delineamento	29
3.2 Definições de objecto	30
3.3 Questões de investigação.....	30
3.4 População e amostra	31
3.5 Critérios de Inclusão	31
3.5.1 Participantes-caracterização	32
3.6 Instrumentos	34
3.7 Procedimentos de análise de dados	36
3.8 Tradução e adaptação	37
3.8.1 Pré-teste	39
PARTE III – Apresentação e discussão dos resultados	41
4. Apresentação dos resultados	42
4.1 Consistência interna da escala.....	53
5. Discussão dos resultados.....	54
5. Conclusão	62
6. Referência bibliográfica	65

Anexos	92
Anexos 1–Versão Portuguesa da escala TES (<i>Traumatic Event Scale</i> , de Wijma, 1999, 2012).....	88
Anexo 2 – Questionário Socio demográfico	92
Anexo 4 – TES- adaptação da versão para a população Angolana.....	95

Índice de Figuras

Figura 1. Distribuição das Idades das Participantes.....	31
Figura 2. Distribuição de frequências segundo a profissão das participantes.....	32
Figura 3. Progenitores que assistiram ao parto (%).....	32
Figura 4. Tempo em anos de afetação.....	40
Figura 5. Scree plot.....	42
Figura 6. Experiência difícil que foi o parto.....	43
Figura 7. Component polt in Roltate space.....	44

Índice de Tabelas

Tabela1-Questionário sociodemográfico	33
Tabela 2- Total variance Eplained	41
Tabela 3- Kaiser-Meyers.....	42
Tabela 4- Total variance Explained.....	43
Tabela 5- Kaise-Meyer- Olkim- Teste de Berlett	45
Tabela 6- Rotated Component Matrix.....	45
Tabela 7- Total Variance Explained.....	46
Tabela 8- Composição da Versão Spitz e Hannachi, Escala TES Traumatic Evento.....	47

Abreviaturas

APA-American Psychiatric Association

DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

OMS- Organização Mundial da Saúde

PTSD- Post-Traumatic Stress Disorder

TES- *Traumatic Event Scale*

ICD-10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

ACP – Análise Competentes Principais

Introdução

O presente trabalho trata da validação da Escala de Evento Traumático – Parto (PTSD) (*Traumatic Event Scale*, de Wijma, 1999, 2012), na realidade das mulheres angolanas, nomeadamente numa amostra de 150 mulheres em Luanda.

A PTSD é uma escala de atuação clínica, cujo objetivo é avaliar a presença de sintomas de stresse pós-traumático relacionado com o parto, em mulheres com filhos recém-nascidos, na medida em que a gravidez e o nascimento de um filho podem ser fases críticas que envolvem vários reajustes a nível individual e familiar.

As primeiras observações realizadas sobre os efeitos da perturbação de stresse pós-traumático (PTSD) foram registadas a partir de estudos com veteranos de guerras (Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu & Hauck, 2003; Sher, 2004). Posteriormente, os critérios diagnósticos que caracterizavam a PTSD foram sendo incluídos e modificados, ao longo das diferentes edições do Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM) da *American Psychiatric Association* (1980, 1987, 1994, 2002) numa tentativa de melhor compreender as individualidades da perturbação, bem como de distingui-la de outras possíveis.

Embora eventos traumáticos como guerras não sejam comuns na vida dos indivíduos, outras situações podem estar na origem do desenvolvimento de sintomas, como assaltos, sequestros, tempestades, entre outras (*American Psychiatric Association*, 2002), o que pode explicar a elevada prevalência da perturbação, bem como os prejuízos e as implicações clínicas, sociais e económicas que afetam os indivíduos que vivenciam um evento traumático. O parto é uma das situações apontadas como potencialmente traumatizantes, para a mulher. Segundo Delule (2002) a mãe, no período de hospitalização para o parto, pode sentir-se mais fragilizada e incapacitada, uma vez que não possui controlo da situação, e desorganizar-se emocionalmente.

Para Costa et al (2003), alguns estudos consideram que mulheres que, no momento do parto, sentem muita dor, e de forma prolongada, passam por procedimentos obstétricos de urgência, ficam expostas a situações desagradáveis e humilhantes, sentem receio da morte (tanto da mãe como a do recém-nascido no momento do parto), entre outros medos, podem vir a ser sujeitas a fatores traumáticos que poderão contribuir para o desenvolvimento da PTSD.

Como justificação para a pertinência do nosso estudo, apontamos os vários dilemas associados à prevenção da saúde materna e principalmente infantil, no continente africano, em especial Angola. Os aspetos relacionados com a maternidade constituem fatores de grande preocupação não só para as instâncias governamentais, como também para os familiares das

parturientes. As complicações e as próprias condições do parto tornam este panorama algo frustrante para a futura mãe. Após viver um parto traumático, algumas mulheres passam a apresentar recordações aflitivas desse momento, por meio de ideias, sonhos ou emoções, e desenvolvem estratégias de evitamento de situações, pessoas e lugares que a façam relembrar o parto, o que configura a perturbação de stresse pós-traumático (Cantilino, 2010; Sougey, 2009).

A questão da PTSD relacionada com o parto é um assunto pouco abordado no nosso meio, apesar da sua enorme relevância, enquanto tema de saúde pública. O não reconhecimento dessa perturbação pelos profissionais de saúde que assistem as mulheres no peri-parto pode trazer-lhes prejuízos e intensificar o seu sofrimento psíquico.

Assim, por esta necessidade identificada e a inexistência de instrumentos que auxiliem o diagnóstico, pelos profissionais, justifica-se o presente estudo, que tem como objetivo validar a Escala de Evento Traumático – Parto (Wijma, 1999, 2012), na realidade das mulheres angolanas. Nesta pesquisa abordaremos aspetos relevantes da PTSD, especificamente no âmbito metodológico, na medida em que nos propomos a validar o instrumento.

Assim, formulámos a nossa pergunta de partida: pode a Escala de Evento Traumático – Parto servir como instrumento psicométrico para a avaliação de sintomas e eventual diagnóstico de PTSD, nas mulheres angolanas que acabaram de dar à luz?

O objetivo geral desta dissertação é a validação da escala de Evento Traumático para a população Angolana - Luanda, em mulheres de idade compreendidas entre os 20 e os 45 anos, na Maternidade Augusto Ngangula, em Luanda.

A escolha deste tema deve-se ao fato de considerarmos que é um tema de extrema relevância para a sociedade, principalmente para a área da Psicologia Clínica e Saúde. Sabe-se que a PTSD exerce uma grande influência negativa sobre o bem-estar psíquico dos indivíduos, provocando ansiedade, stresse e baixa autoestima. Assim, este estudo será um contributo para a sociedade angolana contribuindo para que a perturbação de stresse pós-traumático seja vista de uma forma mais rigorosa, permitindo um melhor acompanhamento de cada paciente nas unidades Hospitalares, algo que não tem acontecido no contexto angolano.

Um outro facto que motivou a abordagem deste tema pela autora foi a inexistência de estudos sobre a PTSD em Angola.

O nosso trabalho foi organizado em três partes. A primeira parte do trabalho é constituída por dois capítulos, um primeiro de fundamentação teórica, que faz referência às diferentes abordagens da PTSD, e à relação entre a PTSD e o parto, e um segundo de natureza metodológica, sobre validade e fidelidade de instrumentos psicométricos.

A segunda parte do trabalho integra o capítulo do Método, dando ênfase aos objetivos e questões de investigação, metodologia, população e amostra, instrumentos e procedimentos.

A terceira parte diz respeito à apresentação e análise de resultados, sua discussão, e em seguida as respectivas conclusões.

O presente trabalho foi redigido segundo o novo Acordo Ortográfico.

PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

I. A Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD)

O stresse pós-traumático mostra-se como uma das consequências mais significativas e comuns do fórum psicológico e psiquiátrico, caracterizada por sintomas de medo intenso desenvolvidos na sequência de um evento traumático que envolva ameaça real ou percebida à integridade física do indivíduo (Hien, Litt, & Cohen, 2008).

Na vida diária, qualquer pessoa pode ter uma experiência que é traumática, assustadora e vai para além do seu controlo. A Perturbação de Stresse Pós-traumático (PTSD) pode ocorrer após testemunhar ou vivenciar um evento traumático. Um acontecimento traumático é um evento potencialmente desastroso, como combates militares, desastres naturais, incidentes terroristas, acidentes graves, agressões físicas ou sexuais no adulto ou na infância. No entanto, a maioria das pessoas, com o tempo, supera experiências como esta sem precisar de ajuda; outras pessoas, desencadeiam reações que podem durar por muitos meses ou anos, piorar ao longo do tempo e desenvolver PTSD (Hien, Litt, & Cohen, 2008).

Muitas pessoas sentem-se angustiadas, deprimidas, ansiosas, culpadas e zangadas após uma experiência. Dentre os vários sintomas da PTSD o indivíduo pode experimentar três principais sintomas. O primeiro envolve reviver o trauma de alguma forma, repetidas vezes. Isso pode acontecer tanto como um “flashback”, ou pensar constantemente sobre o trauma. O segundo envolve o afastamento de estímulos que possam lembrá-lo do trauma, isolando-se de pessoas ou atividades que lhe façam lembrar a situação traumática. O terceiro sintoma inclui coisas como sentir-se em vigilância (hiper-vigilância), irritado, ansioso ou reagir mal a situações inesperadas (Norrholm & Jovanovic, 2010; Yufik & Simms, 2010).

A PTSD não é a única perturbação psiquiátrica que aparece como resultado da exposição a um evento traumático, ou seja, existe uma grande comorbilidade com outras condições, entre as quais perturbação depressiva major, perturbações da personalidade, perturbações relacionadas com o excesso de substâncias, perturbação de pânico, agorafobia, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de ansiedade generalizada, fobia social, fobia específica e a perturbação bipolar (APA, 2002).

Há muitos anos que se têm realizado estudos sobre PTSD em adultos e crianças em situações adversas. Em Angola - país que passou por uma guerra durante 30 anos e encontra em situação de paz desde 2002 - a situação de trauma em adultos e crianças tem sido também um assunto preocupante. Diferente de outros países que são pioneiros no estudo do trauma, tais como: Portugal (Albuquerque, 1987; Vaz-Serra, 2002; Monteiro-Ferreira, 2003; Pereira, 2003), os quais incidiam sobre antigos combatentes, Estados Unidos (Brown & Fromm, 1985; Laufer,

1984), em Angola os primeiros estudos foram feitos com crianças (CCF, 1995; McIntyre & Ventura, 1996; Ventura, 2003; CCF, 2002; Sorte & Ventura, 2008; Cumbelembe & Ventura, 2009) e só mais tarde foram desenvolvidos junto da população militar (Zinga Emília, 2008; Mandriz, 2008; Fonseca & Ventura, 2008, Ngueve, 2012) e em adultos (Baião, 2008).

A guerra, os desastres naturais, os maus tratos, entre outros, são dos muitos acontecimentos que podem traumatizar o indivíduo. O stress procede de um desequilíbrio entre as exigências da situação de agressão e os recursos do indivíduo para a enfrentar tal evento (Fortin & Bigras, 2002).

Sempre que se avaliam indivíduos que passaram por situações traumáticas, observa-se que umas ultrapassaram sem sequelas relevantes, ao passo que outras mantêm-se “pregadas” ao acontecimento, como se o seu estado de humor e a sua reatividade ao meio tivessem ficado presos à situação traumática. O organismo tem mecanismos de cura que podem falhar. O que ocorre com as pessoas que estão perturbadas é que elas não conseguem incluir na memória a lembrança do evento traumático como parte do seu passado. Para Monteiro-Ferreira (2003), o ser humano envia para a memória os factos pelos quais vai passando durante a sua trajetória da vida, mas as ocorrências traumáticas nunca chegam a alcançar o “nível” de passado.

Relembra detalhes como se o acontecimento traumático acabasse de acontecer. Por isso, muitos dos sintomas de PTSD são pensamentos intrusivos. As intrusões têm uma capacidade adaptativa, auxiliando a aprendizagem sobre os momentos perigosos, repetindo durante dias o acontecimento num plano mental, para depois desaparecerem. Tal sucede de forma diferente nos indivíduos com PTSD. A repetição do evento permanece no tempo e transforma-se numa situação crónica. “Em vez de ser integrada no passado, a memória da situação traumática ganha independência na vida mental da pessoa, condicionando completamente a sua vida” (Monteiro-Ferreira, 2003).

O trauma da guerra na população angolana, sobretudo nas crianças e adolescentes, é uma questão relevante quer para a sociedade quer de saúde pública.

1.1. Caracterização e Evolução da PTSD

A Perturbação de Stresse Pós -Traumático (PTSD) tem sido relatada há mais de 100 anos, tendo conquistado em 1980 a sua designação atual; encontrar-se mencionada no Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais (DSM), (Yufik & Simms, 2010, citado por Caldeira, 2011). Alguns sinais e sintomas da PTSD já haviam sido narrados, e muitas eram as suas designações, tais como: neurose de guerra, neurose traumática, neurose de terror, esgotamento de combate, âmago de militar. Estas designações decorriam destes sintomas se verificarem, maioritariamente, em grupos de ex-combatente de guerra.

Atualmente faz parte das perturbações relacionadas com trauma e fatores de stresse, onde se incluem as perturbações em que a exposição a um acontecimento traumático ou stressante esta presente de forma explicita como critério de diagnóstico (APA, 2014).

Scrignar (1984, citado por Hollander & Simeon, 2003) menciona que há três etapas clínicas da PTSD. A primeira envolve uma resposta ao trauma, através de sintomatologia variada (e.g. ansiedade, dissociação, preocupações extremas relativas ao trauma). A segunda etapa ocorre sempre que os sintomas permanecem após quatro a seis semanas, especificamente os sentimentos de vulnerabilidade e de privação, a revivência e o aumento da atividade neurovegetativa. Nesse período acontecem transformações na atividade coletiva e individual, e modificações na personalidade do individuo. A terceira etapa identifica-se e por complexidades, desânimo e angústia. A evolução da PTSD depende do estado de gravidade dos sintomas primários (McFarlane, 2000), da intensidade, do tempo e da exposição do sujeito ao evento traumático, sem deixar de ter em conta a história familiar, cultural, a base social, experiências antecipadas, carácter e ou temperamento do individuo (APA, 2002; CID-10).

Atualmente a PTSD pode ser aplicada a muitas situações, abrangendo vítimas de desastres naturais, de terrorismo, vítimas de delinquências, vítimas de abuso sexual, abuso físico, desastres de viação, ou ate mesmo pré e após o parto (Caldeira, 2011).

Esta perturbação recebeu maior atenção com o início das guerras mundiais e os ataques terroristas, havendo uma imposição social aos profissionais da área (psicólogos e psiquiatras) de uma maior perceção sobre o fenómeno, com foco na pesquisa e no tratamento deste tipo de evento (Garcia, 2005).

Desde a década de 60, diversas investigações nos Estados Unidos da América demonstraram que militares do Vietname expostos a situação de combate demonstravam um conjunto especifico de indícios, em resposta aos fatores traumáticos de stresse. Muitos outros estudos demonstraram que pessoas sem história militar, após a exposição a varias situações

traumáticas, de diferentes espécies - quer incitadas por seres humanos, quer provocadas por eventos desastres naturais ou eventuais – apresentavam o mesmo quadro de sintomas (Sbordone & Ruff, 2010).

Segundo Sbordone e Ruff (2010), os indivíduos que apresentavam este tipo de distúrbio não tinham autocontrolo sob a sua existência, viam o mundo como um lugar inseguro, imprevisível e perigoso de se habitar. Como tal, evitavam pensamentos ou situações que pudessem trazer qualquer tipo de recordação sobre o acontecimento traumático, apresentavam sintomas de embotamento afetivo e queixavam-se de sentimento de apatia emocional.

Dada a complexidade da sua sintomatologia, a PTSD é caracterizada como uma síndrome. Apesar da criação das normas de diagnóstico, há pelo menos duas apreciações essenciais relativamente a este evento, por um lado, os eventos traumáticos não estão associados aos respetivos resultados; por outro, esta perturbação não está satisfatoriamente diferenciada, a ponto de ser possível distingui-la das reações habituais a um evento traumático. Assim, a PTSD é a única perturbação psiquiátrica onde o diagnóstico impõe que um fator de stresse preceda o seu aparecimento (Albuquerque et al, 2003).

As alterações do DSM-IV para o DSM-V compreendem uma reestruturação dos sintomas pessoais em quatro classes, desvinculando os sintomas de evitamento dos emocionais (Norrholm & Jovanovic, 2010). Tendo em conta a tradução da 10ª edição da *Classificação Internacional de Doenças* (CID-10) (OMS, data), a PTSD aparece como uma situação excecionalmente funesta que acarretaria, por si só, mal-estar total a qualquer um.

1.2 Epidemiologia da PTSD

As experiências traumáticas e a prevalência de PTSD são muito variadas, dependendo geralmente da população estudada e dos instrumentos utilizados. Segundo o DSM, ao longo da vida, a PTSD é mais prevalente no sexo feminino do que no masculino. Na população em geral, o género feminino experimenta um período de PTSD mais prolongado que o género masculino, ou seja, parte do risco aumentado de PTSD no género feminino pode ser atribuído a uma maior probabilidade de exposição a acontecimentos traumáticos, tais como violações e outras formas de violência interpessoal. Na população exposta especificamente a estes fatores de stresse, as diferenças de género no risco para a PTSD são significativas (APA, 2014).

Num estudo feito por Kessler et al. com uma amostra de 8098 pessoas, verificou-se uma diferença significativa nos eventos traumáticos experienciados por ambos os géneros. Kessler e os seus colaboradores certificaram que a prevalência de PTSD durante a vida era de

6.5%, e as mulheres tinham maior probabilidade de desenvolverem PTSD comparadas com homens expostos a agentes stressores. Concluíram que os homens experienciam mais acidentes (25%, mulheres: 13.8%), as mulheres experienciam mais violações (9.2% contra 0.7% nos homens) (Kessler *et al*, 1999).

Finkelhor et al. (1990) verificaram igualmente uma diferença na exposição de homens e mulheres ao abuso sexual: mulheres: 27% , homens: 16 %.

No que concerne à prevalência da PTSD na população geral, os primeiros estudos epidemiológicos americanos fundamentados no Diagnostic Interview Schedule (DIS) divulgaram valores de 0.5% para homens e 1.3% para mulheres (Helzer Robins & McEvoy, 1987).

Kessler (et al 1995) referem, que mais de metade dos americanos ficaram expostos a acontecimentos traumáticos durante a sua vida. Porém, menos de um décimo dos que tiveram experiências traumáticas desenvolveu sintomas de PTSD ou qualquer outra doença do fórum mental.

Boa parte da população em Angola, já esteve exposta à guerra ou a outros eventos traumáticos. As pesquisas efetuadas em Angola apontam taxas mais elevadas de traumatização, ou seja, aproximadamente três quartos dos militares encontram-se traumatizados (Silva *et al*, 2015).

Stein, Walker e Fordes (1999 citados por Han, Kaminski & Huynh, 2010) procuraram perceber porque é que alguns indivíduos expostos a episódios traumáticos continuam a sua vida normal enquanto outros continuam a sofrer efeitos do trauma por um longo período de tempo depois do acontecimento traumático, ou pelo resto das suas vidas. Os diversos pesquisadores que abordaram este assunto concluíram que as estruturas bio-psico-sociais estão no esclarecimento deste dilema. Entre outros apontam varias causas como o eixo adrenal da pituitária do hipotálamo, o temperamento, a personalidade, a relação mãe/filho, suporte social, fatores religiosos e cultura podem concorrer para o desaparecimento ou não de problemas depois do acontecimento traumático (Carvalho,2011).

Os indivíduos reagem de maneira distinta a um acontecimento traumático, seja uma exposição constante, episódica ou recorrente (Foa, Keane, & Friedman, 2004).Pereira e Ferreira (2003) verificaram que, durante a vida, 75% da população está exposta a, pelo menos, uma situação traumática e 43.5% a mais do que uma situação. O estudo efetuado por Oliveira (2008) procurava avaliar o impacto da PTSD dos ex-combatentes portugueses da Guerra Colonial (1961-1975) nas suas esposas e nos seus filhos, bem como a influência da sintomatologia

evidenciada pelas mães sobre a sintomatologia dos filhos. Concluiu com esse estudo que as mulheres dos antigos combatentes podem sofrer de Perturbação Secundária de Stress Pós-Traumática. E que os seus filhos podem ainda ter quadros clínicos de depressão e ansiedade devido à relação de proximidade com as mães.

Uma pesquisa epidemiológica revelou que a média de duração dos sintomas da PTSD em mulheres era aproximadamente de 48 meses e 12 meses para homens. O tempo medio de remissão dos sintomas de PTSD era de 35 mulheres, enquanto para homens 9,a perturbação de *stresse* pós traumático se não tratado pode se tornar crónica, incapacitante levar ao prejuízo funcional, e afetar os relacionamentos conjugais, familiares e sociais (Born, 2005).

Vaz Serra (2003) refere que a prevalência de PTSD varia consoante a gravidade do trauma, a sua repetição, fatores relacionados com o passado, o apoio social e a personalidade do indivíduo. Por outro lado, também a lista de stressores tem vindo a aumentar, considerando que diversas experiências da chamada “vida quotidiana” podem atuar com potenciais agentes stressores. É o caso da experiência do parto.

Estudos sugerem que a taxa de PTSD em mulheres após o parto está entre 1,5 e 5,6%, Dependendo do momento em que os sintomas são medidos (Wijma et al., 1997; Creedy et ai. 2000; Czarnocka e Slade 2000; Soet et ai. 2003; Maggioni et ai. 2006; White et ai. 2006). Taxas mais baixa de PTSD são tipicamente encontrados em estudos que medem os sintomas mais tarde no período pós-parto (por exemplo, seis meses nas mulheres que tiveram PTSD durante a gravidez (Ayers e Pickering, 2001)).

As taxas mais altas são encontradas em grupos de alto risco, como mulheres que tiveram perda de gravidez tardia ou morte fetal (Engelhard et al., 2001, Turton et al., 2001).

Além de casos complexos, 20% a 30% das mulheres classificam o nascimento como traumático de acordo com DSM os critérios IV-TR e um número semelhante apresentam alguns sintomas. Há evidências de que até 75% das mulheres que têm PTSD após o nascimento também têm depressão (White et al., 2006; Parfitt and Ayers, 2008).

Musisi (2005), em seus estudos sobre "Essentials of Clinical Psychiatry" para a África Subsaariana, relata trauma relacionados com a guerra infligidos aos ugandenses, os distúrbios mentais encontrados mais comumente foram Perturbação de *stresse* pós-traumático (PTSD) em 39,9%, depressão em 52%, ansiedade em 60% e distúrbio de somatização em 72,2%. A prevalência de comportamento suicida foi de 22,7% e a de abuso de álcool de 18,2%.

Estas cifras incrivelmente elevadas para os distúrbios mentais em Ugandenses afetados pela guerra são refletidas por outro estudo recente entre os quenianos deslocados internamente

após confrontos étnicos em partes do país. Njau (2005) encontrou, nesta população altamente traumatizada, uma taxa de prevalência de 80,2% de PTSD entre os chefes de família.

Neuner *et al* (2004) estudaram uma amostra aleatória de 3.339 refugiados na região do oeste do Nilo, incluindo ugandenses e sudaneses, e comprovaram que 31,6% do sexo masculino e 40,1% dos entrevistados do sexo feminino preenchiam os critérios para o diagnóstico DSM-IV PTSD. Encontraram também um aumento quase linear de tensão psicológica com o crescente número de eventos traumáticos, variando de uma prevalência de 23% de PTSD naqueles que relataram três ou menos experiências traumatizantes pré-definidas para uma prevalência de 100% naqueles que relataram 28 ou mais Traumáticos.

Pham e seus colaboradores constaram que, entre os 2091 participantes que sobreviveram ao genocídio de 1994 no Ruanda, 24,8% preencheram os critérios de sintomas de PTSD. Este estudo demonstra que a exposição traumática, os sintomas de PTSD e outros fatores estão associados com atitudes em relação à justiça e à reconciliação. As intervenções sociais após a violência em massa devem considerar os efeitos do trauma para que a recomposição seja realizada. (Pham *et al* 2004).

Todos estes estudos suportam o fato da existência de PTSD verificável dentro das populações africanas. Esta realidade, no entanto, está em contraste com o que foi realizado por alguns especialistas Summerfield (1999) afirma que PTSD em África é um pseudo-diagnóstico por agências ocidentais que mediatizam consequências sociais compreensíveis de guerra e que trazem sobre os modelos ocidentais de gestão que são inadequados. É precisamente este tipo de equívoco que coloca África de lado e para além do resto do mundo quando se trata da conceituação de PTSD. Há ampla evidência em apoio ao fato de que conceituações ocidentais de PTSD têm validade em africanos, e que os sobreviventes de guerra em África não apresentam sintomas de PTSD (Bolton 2001).

Pesquisas epidemiológicas apontam para que os homens vivenciem mais acontecimentos traumáticos do que as mulheres, apesar destas apresentarem maiores probabilidades de desenvolver PTSD (Breslau, et al., 1999; Foa, et al., 2004; Keane, Weathers, & Foa, 2004; Norris, 1992; Norris, et al., 2003; Norris & Slone, 2007).

A maioria das pessoas que experimentaram um evento traumático não vai desenvolver PTSD. Pessoas que sofrem traumas interpessoais (por exemplo, violação ou pedofilia) são mais propensas a desenvolver PTSD, em comparação com pessoas que sofrem traumas com uma

base de não-agressão, tais como acidentes e catástrofes naturais (Lowdermilk, & Perry, 2008, p. 223).

Estudo epidemiológico com a população portuguesa aponta para uma prevalência da PTSD ao longo da vida de 7.8%, tendo 75.5% da população em pesquisa sido exposta a, pelo menos, um evento potencialmente traumático. A taxa de ocorrência da PTSD, subsequente da exposição relacionada com o combate/guerra, é de 9.9% (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003). A PTSD desenvolve-se em situações de guerra (Noris & Slone, 2007), em países menos desenvolvidos, bem como em meios adversos de carácter político, religioso ou cultural (Kessler, 2000 citado por Albuquerque, *et al.*, 2003).

A guerra civil em Angola gerou uma crise humanitária calamitosa, ao forçar o deslocamento interno de 4,28 milhões de pessoas, um terço da população total do país. A Organização das Nações Unidas (ONU) estimou em 2003 que 80% dos angolanos não têm acesso a assistência médica básica, 60% não tinham acesso a água potável e 30% das crianças angolanas morriam antes dos cinco anos de idade, com uma expectativa de vida total nacional de menos de 40 anos de idade.

1.3 A PTSD e a experiência do parto

A avaliação da experiência de parto tem sido estudada há mais de 40 anos, com o reconhecimento de um potencial para o trauma do parto psicológico observado há pouco mais de uma década (Green & Baston, 2003).

A mulher vivencia o parto como um momento único da sua vida, e a maneira como é vivenciada esta fase delimita, em determinada medida, o bem-estar psicológico e a relação da mulher com o seu bebé. No desenvolvimento da gestação a mulher fica cada vez mais centrada no parto e, aos poucos, prevê a experiência como sendo dolorosa, o que precipita a emergência de sentimentos de menor confiança e controlo medo. Preocupam-se também com prováveis resultados negativos para o seu bem-estar e do bebé (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2004). A gestação transforma toda a dinâmica pessoal da mulher, desde as mudanças físicas visíveis até ao começo de uma fase de grandes alterações emocionais e psicológicas. Felicidade, medo e insegurança afetam a mulher de forma evidente, tornando essencial todo o apoio, para que este momento tão especial seja vivido em plenitude (Pereira, 2005).

Na opinião de Lowdermilk (2008), o trabalho de parto é influenciado por cinco fatores essenciais: o feto e a placenta, o canal de parto, as contrações uterinas, a posição da mãe e as

reações psicológicas. Durante a última fase da gravidez, mãe e feto preparam-se para o parto. O feto cresce e desenvolve-se, preparando-se para a vida extrauterina. A mulher, ao longo da gravidez, sofre várias adaptações fisiológicas que a preparam para o parto e nascimento.

Vários são os fatores relevantes que determinam a experiência do parto, entre os quais o tipo de parto e de anestesia usada. O parto com anestesia epidural, geralmente, é experimentado de forma mais positiva, diferente do parto cirúrgico (cesariana) que reúne menor satisfação com a experiência e está associado a mais sentimentos de perda e fracasso, assim como baixa auto-estima e surgimento de perturbações de humor pós-parto (Costa, Figueiredo, Pacheco, & Pais, 2003).

O que explica o trauma psicológico do nascimento, varia de acordo com o indivíduo, mas as novas mães mencionam que muitos eventos relacionados com o parto são stressantes, incluindo toxemia grave, medo da anestesia peridural, parto rápido, experiência desgastante, cirurgia, cesariana de emergência, anomalias congénitas do bebé, cuidados intensivos neonatais e morte infantil, sentimento de falta de controlo e de responsabilidade na tomada de decisão, dor não controlada, sentimentos de impotência, ansiedade ou pânico, aumento de intervenções médicas, e um sentimento de solidão, sem apoio, ou desatendido (Kennedy & MacDonald, 2002).

O parto é acompanhado por um medo real e justificado de perigo, estando a mãe preocupada não apenas pela sua própria segurança, mas também pela saúde e bem-estar do seu filho (Pereira, 2005). Durante o parto a mulher experimenta sentimentos vários, como a ansiedade. Os níveis de adrenalina, noradrenalina e cortisol tendem a aumentar no decorrer da gravidez até ao momento do parto, altura em que vai diminuindo. Ao vivenciar este momento do parto a parturiente sente-se excluída das decisões médicas, sobem os níveis de ansiedade e as emoções negativas, tanto quanto os níveis de dor. A parturiente pode ficar angustiada com o estado do bem-estar do bebé e estima a ajuda do parceiro (Alehagen, Wijma, Lundberg, Melin, & Wijma, 2001).

A sensação dolorosa sentida pela mulher no trabalho de parto e nascimento é muito variável, e está sujeita a influências psíquicas (comportamento, motivação, cultura e educação), orgânicas (constituição genética). Por tanto a dor é considerada uma experiência subjetiva e pessoal e deve ser valorizada, indo de encontro ao que a mulher espera para o seu parto. O comportamento da mulher face à dor varia podendo: contrair a face, chorar, gemer, ficar tensa, ficar histérica, não demonstrar qualquer desconforto. (Niven et al, 2013)

Durante o puerpério, o desenvolvimento de sintomas agudos de trauma está relacionado, frequentemente, com um histórico prévio de dois ou mais eventos de vida traumáticos, com complicações obstétricas durante o parto, o nascimento prematuro do bebê, dor excessivos e prolongados, e partos de nados mortos (Born et al, 2005).

Pesquisas descobriram que cerca de 1/3 de todas as mulheres, no período pós-parto, têm alguns sintomas de PTSD (Pereira, 2005). A síndrome, propriamente dita, possui uma prevalência menos elevada (entre 2 a 6%). Está relacionada com sentimentos como dor, níveis de apoio social e ansiedade-traço, sem desprezar a percepção negativa dos contactos com os profissionais de saúde, a história de aconselhamento psicológico/psiquiátrico, a percepção negativa de partos anteriores e múltiplos, os níveis de cirurgia obstétrica e tratamentos inadequados no decorrer do parto, que podem ser fatores desencadeantes do stresse pós-traumático do parto (Creedy, Schochet, & Horsfall, 2000; Soet, 2002; Wijma, Soederquist, & Wijma, 1997).

A experiência de parto tem sido uma das razões mais influentes para desenvolver sintomas de trauma e de perturbações de stresse pós-traumático (PTSD), (Beck, 2004). Um estudo explorou respostas de stresse traumático pós-natal em mulheres com filhos recém-nascidos, tendo concluído que 1/3 das mulheres avaliou o seu parto como traumático (Ayers, 2004). Dentro das semanas iniciais após o nascimento, cerca de 10% das mulheres experimentam uma resposta negativaao stresse traumático, apresentaram sintomas semelhantes ao PTSD, mas não cumpriram os critérios diagnósticos para PTSD. Estas percentagens foram diminuindo para 2.4% em 6 meses.

É importante reconhecer que uma mulher pode avaliar a sua experiência como traumática, mas nunca apresentar sintomas de trauma ou PTSD. Igualmente provável, uma mulher pode não avaliar a experiência como traumática, mas mostrar sintomas de trauma. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (1994), a PTSD pode ocorrer após a exposição a qualquer evento traumático durante o qual a pessoa se sente ameaçada por morte ou lesões graves a si mesma ou a outros e, por sua vez, reage com medo intenso, impotência ou horror. As mulheres que experimentam sintomas de PTSD têm perdas e comprometimentos significativos nas suas vidas pessoais (Ayers, 2004).

Um parto traumático pode ser considerado como um “vetor” para o desenvolvimento de PTSD (Lyons, 1998). Os pesquisadores têm investigado sintomas de estresse pós-traumático (PTS) entre adultos em vários países (Allen, 1998, Ayers & Pickering, 2001, Creedy, Shochet

& Horsfall, 2000 [Reino Unido], White, Matthey, Boyd e Barnett, 2006 [Austrália], Wijma, Söderquist, & Wijma, 1997 [Suécia]) e nos Estados Unidos (Soet et al., 2003). Considerando o choque que a experiência do parto provoca no ajustamento psicológico da parturiente, a apreciação detalhada da maneira como a mulher viveu o parto pode ajudar aos profissionais de saúde na indicação de medidas de prevenção de possíveis complicações resultantes de uma experiência negativa (Oweis, 2001).

Já em 1989, Hunt referia que existem benefícios no controlo da dor. Benefícios psicológicos, ou seja, a mulher encontra-se mais ativa durante o trabalho de parto, tem um relacionamento mais positivo com o recém-nascido, aumenta a sua autoestima e melhora a vinculação. E benefícios fisiológicos, pois a mulher apresenta menor fadiga durante o trabalho de parto e encontra-se mais cooperante e consciente, e temos um recém-nascido mais feliz à nascença.

Estudos apontam que mais de 1/3 de todas as mulheres após a gravidez exibem alguns sintomas de PTSD e mais de 3% exibem o PTSD após o trabalho, de acordo com investigadores israelitas. Os pesquisadores afirmam que as descobertas, publicadas (*no Israel Medical Association Journal*), foram surpreendentes porque sugere uma prevalência relativamente elevada de PTSD (Arieh & Shalev, 2009).

Os pesquisadores Strous e Polachek descobriram que 80% das mulheres que desenvolveram PTSD optaram por parto natural sem alívio da dor. Outros fortes preditores de PTSD pós-parto incluem desconforto de uma mulher com a sua imagem corporal, medo durante o trabalho de parto e complicações nas gestações e trabalhos de parto atual e anteriores (Arieh & Shalev, 2009).

Enquanto isso alguns especialistas questionam-se se o parto se qualifica ou não como um "evento traumático". Strous disse que, embora o parto não seja um evento súbito e inesperado como um acidente, é acompanhado por uma situação real e justificada como medo de perigo, medo não apenas pela sua própria segurança, mas também para a saúde e o bem-estar de seu bebé (Strous et al, 2011). Os resultados do seu estudo mostram que 25.9% das mulheres entrevistadas exibiram sintomas de pós-trauma, 7.8 % sofreu de pós-trauma parcial e 3.4% apresentou sintomas de PTSD, os sintomas mais comuns experimentados incluíram *flashback* do trabalho, a evitação da discussão do evento, reações físicas como palpitações cardíacas durante tais discussões e uma relutância em considerar ter outra criança, relataram pesquisadores (Strous et al, 2011).

Os pesquisadores descobriram que um dos fatores mais significativos de PTSD foi o tratamento da dor durante o parto. Cerca de 80% das mulheres que experimentaram sintomas pós-trauma, tiveram parto natural, sem qualquer alívio da dor.

Em contrapartida, apenas 48% das mulheres que não desenvolveram quaisquer sintomas de PTSD tiveram um parto natural. Exatamente 80% do grupo de PTSD relataram sentir-se desconfortável com ser despido e 67% tinham gestações anteriores que eles descreveram como traumático, o medo das mulheres do próprio trabalho, tanto em termos de dor quanto de perigo para si e para seus filhos, também foi um preditor significativo do PTSD (Freedman, 2012).

1.4. O Medo do parto e o Desenvolvimento da PTSD

Desde cedo que a mulher se depara com descrições e explicações dramatizadas sobre partos difíceis e dolorosos. Esta transferência cultural pode influenciar o evento do parto, através do aumento da ansiedade e de medos e pânico inconscientes. Algumas mulheres julgam que o parto será doloroso. Nasce, portanto, o medo da dor do parto (Monforte & Mineiro, 2006). A mulher, no momento do parto, questiona a sua aptidão para enfrentar ou lidar com os desafios que o mesmo envolve. A dúvida e a agonia podem aparecer da experiência com a aproximação do parto, o qual representa para ela algo desconhecido, incontrolável e, simultaneamente, inevitável. Para algumas grávidas este momento é tão angustiante, que produz medo do parto (Wijma, Wijma & Zar, 1998).

Segundo Carpenito-Moyet (2012), o medo é um sentimento relacionado com uma fonte identificável considerada pela pessoa como perigosa, com uma sensação de medo, temor, apreensão e/ou comportamentos de evitação, atenção focada no perigo, e/ou défices de atenção, desempenho e controlo. Pode ocorrer ainda um aumento no estado de alerta e a eventualidade da presença de condutas de ataque e/ou preocupação. O medo pode estar relacionado com diferentes fatores: fisiopatológicos, situacionais (pessoais e ambientais) e maturacionais. O medo, quando não patológico, é uma resposta adaptativa e saudável a uma situação de perigo. (Carpenito-Moyet 2012)

Spice, Jones, Hadjistavropoulos, Kowalyk e Stewart (2009) referem que cerca de 30% das mulheres admitem ter medo do parto, alcançando o pico de stresse no terceiro trimestre de gravidez. Algumas, por desconhecerem a anatomia e outros aspetos que cercam o nascimento, sentem medo da dor de parto e de futuras lesões. Algumas mulheres podem demonstrar inquietações relacionadas com a conduta que devem adotar durante o trabalho de parto e o parto

e questiona-se qual será a percepção dos profissionais de saúde face aos seus comportamentos (Corbett, 2008).

O medo do parto está ligado ao elevado esforço durante o trabalho de parto, o que pode justificar o uso de analgésicos durante o parto. Mulheres com alto grau de medo e que não solicitam aconselhamento descrevem a experiência do parto de uma forma muito negativa, diferente daquelas que procuram o apoio da enfermeira parteira (Spice et al, 2009).

Igualmente o medo do parto tem sido descrito como uma condição em que estão presentes emoções negativas comparativamente ao parto (fonte identificável), ligados a uma perspetiva cultural, que afeta a vida da gestante (Haines et al., 2011; Nilsson, Bondas & Lundgren, 2010).

Por volta do terceiro trimestre da gestação, além das mudanças físicas, a parturiente atravessa diversas “empreitadas” desenvolvimentais que facilitam a adaptação ao papel de mãe. Desta feita, a grávida precisa de inúmeras informações ao longo do seu período gravídico-puerperal, as quais lhe permitirão obter capacidade de decisão e independência para se autocuidar e convenientemente cuidar do seu filho, passando a ter o auto domínio necessário para lidar com as mudanças (Figueiredo et al, 2010).

Considerando que é no último período da gravidez que a mulher pensa mais no parto devido à sua proximidade, Nieminen, Stephansson e Ryding (2009) nos seus estudos realizados na Suécia, avaliaram o medo do parto e concluíram o medo era igualmente frequente no início, meio ou final da gravidez.

À medida que a gestação passa, a mulher lida com diversas emoções, condicionadas por fatores internos e externos ao processo gravídico que delimitam a sua independência, sentimento de autoeficácia e poder sobre a sua situação de saúde (Silva, Silva & Pinheiro, 2013).

Para Wijma, Wijma e Zar (1998) as expectativas que a grávida tem sobre o parto são de extrema importância para a sua experiência e comportamento durante o parto. Do mesmo modo, a ideia que a mulher tem de um parto anterior pode, de forma considerável, indicar o grau de ansiedade, inspirando uma estimativa do medo que poderá experienciar num eventual parto futuro.

Toste (2012) descreve que o medo do parto pode transformar-se numa perturbação de stresse pós-traumático, ou seja, casos em que estejam presentes sintomas dissociativos e emoções negativas no momento do parto, bem como casos de mulheres que passaram por um

evento traumático no passado, depressão na gravidez, menos apoio social, falta de ajuda pela equipa de saúde, têm maior probabilidade de desenvolver PTSD.

Estudos definem o parto traumático como um acontecimento que ocorre durante o trabalho de parto ou no momento do parto que envolve real ou leves contusão física, morte da mãe ou do recém-nascido. Durante essa circunstância, a puérpera experimenta medo intenso, desamparo, perda de controlo. (Beck, 2004).

A satisfação da mulher com a experiência do parto está relacionada particularmente com o facto dela sentir-se cuidada com respeito e empatia por parte de todos os profissionais. Um parto demorado, trabalhoso e complicado, a percepção do desempenho da mulher durante o parto, a vivência de uma intensidade de dor maior do que a esperada e o facto da mulher não se sentir acompanhada durante o trabalho de parto e parto são causas citadas como razões para a percepção de uma experiência de parto traumático (Simkin, 2006; Peterson, 2008; Soet et al., 2003).

O parto é percebido como traumático quando a mulher observa que ela ou o seu filho estão em risco iminente de sofrer um grave dano físico (Simkin, 2006). A vivência do parto como uma experiência traumática pode ser produtora, de sinais depressivos ou mesmo de stresse pós-traumático, que condicionará eventualmente a mulher de assumir a sua maternidade (Soet et al., 2003).

Um estudo com mulheres no sul da França descreveu que o parto prematuro pode ser traumático e levar ao desenvolvimento de distúrbios psicopatológicos. O mesmo estudo propõe a necessidade de se desenvolver um apoio específico com foco na troca de experiências e prevenção, a fim de evitar o desenvolvimento stresse pós-traumático (Goutaudier et al., 2011).

Shaw et al. (2009) analisaram a prevalência de PTSD em mulheres após quatro meses do nascimento de seus filhos prematuros ou doentes e a relação de PTSD. Os autores verificaram que o nascimento de um bebé prematuro pode ser um fator determinante para o desenvolvimento de PTSD relacionado com o parto prematuro.

Haines *et al* (2011) mencionaram também outros fatores, como a cesariana de urgência, atitudes menos positivas relativamente à gravidez e ao parto atual, partos de mães do seu primeiro filho (para as nulíparas, o parto é um momento desconhecido). Fenwick *et al* (2009) e Spice *et al.* (2009) igualmente admitem o fator nuliparidade (primeiro parto) como fator de risco para desenvolver medo do parto, a sensibilidade à ansiedade, as narrativas do parto de outras mulheres importantes, quer sejam familiares ou amigas, é um fator muito mencionado na literatura (Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010; Pereira *et al*, 2011; Otley, 2011). Pereira,

Franco e Baldin (2011) adicionam a estes elementos de risco de aumento de medo do parto, a carência de informação.

A ausência de apoio social, como fator de risco para o aumento do medo do parto, é exposta por Laursen, Hedegaard e Johansen (2008), por Nilsson, Bondas e Lundgren (2010).

Otley (2011) adiciona como fatores de risco de um aumento do medo do parto: baixo nível educacional, ansiedade, depressão e baixa autoestima, que são certificados por Laursen, Hedegaard e Johansen (2008). Menciona também a insatisfação com o parceiro e a falta de confiança nos profissionais de saúde. Outros fatores como a idade jovem, a desocupação e o facto de ser fumadora, são apenas referidos por Laursen, Hedegaard e Johansen (2008).

Segundo um estudo feito na Turquia por Körükcü, Firat e Kululu (2010), a ansiedade e o medo do parto estão seguramente interligados. As experiências negativas de partos anteriores ficam na lembrança da mulher persistentemente por longo período de tempo, e influenciam futuras gravidezes e partos, condicionando a inclinação para ver o parto natural como algo inseguro e assustador, a infertilidade voluntária, e a tendência para solicitar cesariana (Fenwick *et al.*, 2009).

A ação do medo do parto na experiência e vivência da gestação e do parto, e nos efeitos que este pode transportar, torna-se de elevada relevância reconhecer as mulheres grávidas com um grau elevado de medo de parto, de maneiras a intervir prematuramente.

Outro estudo de Modarres *et al.* (2012) avaliou 400 mulheres, das quais 18 tiveram partos prematuros. Os resultados mostraram que mais da metade das mulheres entrevistadas tiveram um parto traumático e 20% preencheram os critérios de diagnóstico para a PTSD. Esta alteração foi relacionada com o baixo nível de escolaridade, trabalho de parto prematuro, inadequadas visitas pré-natal, complicações devido à gravidez, gravidez a intervalos menores de 2 anos, duração do trabalho de parto e cesariana de emergência.

Estudos feitos afirmam que as mulheres manifestam emoções de ansiedade e medo face à experiência do parto (Costa *et al.*, 2004; Costa *et al.*, 2005). É de grande relevância, desenvolver mecanismos úteis para ajudar as mulheres a enfrentarem e superarem esses medos (Fenwick, 2005). A experiência do trabalho de parto e parto são acontecimentos difíceis e subjectivos, as mulheres percecionam a sua performance como um indicador das suas capacidades maternas (Lavender *et al.*, 1999). Apesar de várias pesquisas reconhecerem as variáveis que influenciam as respostas no parto, poucos relacionam a experiência do parto com as atitudes maternas posteriores.

No decorrer da gestação as mulheres relatam duas maneiras de lidar com o acontecimento do parto. O acompanhamento por parte dos seus companheiros e a gestão da dor é reconhecido como os aspetos mais importantes, a presença do acompanhante constituirá o seu principal suporte (Gibbins e Thomson, 2001).

Para Kasai *et al.* (2010), as sensações de medo referidas pelas mulheres estão relacionadas com a duração do trabalho de parto, o bem-estar do bebé e a dor, escolhendo a cesariana como tipo de parto desejado.

O uso de terapia para alívio da dor limita-se à aplicação da epidural, que nasce como um último meio a ser usado, na casualidade de não conseguir suportar a dor (Stark, 2003).

A presença de uma pessoa significativa para a grávida durante o trabalho de parto e parto é notado pelas mulheres como uma fonte de estímulo, segurança e auxílio, naturalmente através da sua presença de algum membro da família que lhes seja importante. As mulheres esperam que durante o parto os seus parceiros estejam perto de si para as recordar do que devem fazer, da necessidade de respirar e de fazer força (Beaton e Gupton, 1990).

O apoio dado pela presença do parceiro é referido como importante e fundamental para uma experiência de parto positivo (Cronin, 2003). Esta presença é percebida como um suporte para a parturiente a nível emocional que se concretiza em pequenos gestos de apoio, como o segurar a mão, sendo as necessidades das mulheres a principal preocupação durante o acompanhamento (Brüggemann et al., 2007; Cronin, 2003; Lavender et al., 1999). A presença de pessoas significativas, também referida, com preferência pela presença da mãe ou irmã, evidenciar a importância do acompanhamento e da comparência das pessoas que ocupam um papel relevante na vida da gestante.

1.5. Sintomatologias da PTSD em mulheres com filhos recém-nascidos na maternidade

Ao longo deste intenso processo que é a maternidade, ocorrem momentos de felicidade, prazer e satisfação associados ao surgimento de um novo membro na família. No entanto, existem algumas evidências de que, em alguns casos, poderão iniciar-se perturbações emocionais graves, havendo portanto um incremento ao nível da morbilidade psiquiátrica, nomeadamente depressão e ansiedade (Fatoye, Adeyemi & Oladimeji, 2004).

As perturbações psicopatológicas no pós-parto são definidas por Kaplan e Sadock (2009) como doenças mentais com início no primeiro ano após o parto e que se manifestam por desequilíbrios de humor psicóticos e não psicóticos. Na literatura mais recente aparecem como

perturbações de humor que não são específicas do puerpério, mas que se iniciam após o parto, ou seja, este atua como um fator desencadeante (Camacho et al., 2006).

Tem sido estudado o papel de diversas variáveis na gênese das perturbações psicopatológicas do puerpério, tendo-se concluído que algumas são de cariz demográfico, como a idade, o estado civil, o nível educacional; clínico, nomeadamente a ocorrência anterior de psicopatologia ou de perturbação psicológica durante a gestação; psicossocial, relativo ao suporte social do companheiro, vida familiar, acontecimentos de vida, stresse, dificuldades socioeconómicas, a sensibilidade interpessoal e o neuroticismo, a autoestima materna, o auto criticismo e a autoaceitação, as estratégias de *coping* e os estilos de vinculação; e a variável biológica (Ferreira, 2007).

A literatura aponta ainda para variáveis relacionadas com a mulher (como o decurso obstétrico da gravidez e do parto, paridade, tipo de relacionamento passado com a mãe, entre outros), o bebé (como o temperamento, saúde física e peso à nascença) e o meio envolvente (como o relacionamento conjugal, apoio por parte do meio relacional mais próximo e apoio institucional) (Canavarro, 2006).

Em relação aos fatores psicossociais, vários autores destacam as dificuldades na relação conjugal, a ocorrência e intensidade de acontecimentos de vida (por exemplo, por perda de um dos pais ou por morte do bebé, por anormalidade na gravidez ou no parto, por história de infertilidade no casal, ou por perda anterior de um outro filho), as dificuldades adaptativas de longa duração (a desarmonia no casamento, o estado civil de solteira e circunstâncias sociais de pobreza), e a inexistência ou fragilidade da rede de suporte social. Quanto à importância da gravidez ter sido ou não desejada, ainda não há um consenso entre os autores para a ocorrência de estados de humor negativos (Ferreira, 2007).

Ressalta-se a pertinência da identificação dos fatores de risco, a deteção, prevenção e intervenção precoce (Austin, 2004), nas perturbações emocionais do período pós-natal, de forma a possibilitar ações preventivas imediatas. Os benefícios dessa atuação não se restringem ao bem-estar das mães, mas também se refletem positivamente nas crianças e nas famílias (Ferreira, 2007).

A ocorrência de sintomas depressivos após o nascimento de um bebé, de acordo com Sotto-Mayor e Piccinini (2005), pode ser preocupante tanto para a mãe, como para a criança e a família, uma vez que esse período tem sido descrito como propício para o surgimento de problemas emocionais nas mães, destacando-se as perturbações psicoafetivas. Sendo a depressão uma condição psicopatológica que, mesmo em situações sub-clínicas, pode afetar o

desenvolvimento da gravidez, tanto para a mãe quanto para o feto, torna-se relevante compreender de que forma pode repercutir negativamente na saúde materna, fetal e para a criança, bem como a adaptação do marido/companheiro ao nascimento do filho ou mesmo no ambiente familiar (Schwengber, 2002; Ferreira, 2007).

Assim, a PTSD referida na literatura como estando associada ao período do pós-parto, pode influenciar negativamente não só na saúde da mãe como também se repercutir no bem-estar e desenvolvimento pleno do bebê.

A PTSD é a única perturbação do fórum psiquiátrico onde o diagnóstico impõe que um evento de stresse próprio anteceda o seu começo. Assinalada por sinais que se manifestam a seguir exposição a uma situação de trauma psicológico a que a indivíduo manifesta medo intenso, pavor ou desespero. Dizer que a experiência traumática pode igualmente trazer “resultados” positivos, como por exemplo, a reestruturação da vida pessoal, dos seus valores e objetivos (Almeida, 2012).

A PTSD pós-parto tem uma influência significativa sobre o funcionamento diário e a longo prazo da mãe e do bebê, uma alta taxa de co-morbidade com outros distúrbios mentais, mas permanece raramente reconhecido e tratado na prática clínica habitual. As consequências da PTSD pós-parto incluem: recusam de amamentar o recém-nascido, problemas de apego, evitação de parceiro e intimidade, baixa autoestima e baixa autossuficiência. Essas mulheres associam sua entrega à dor, medo ou tristeza, ou têm amnésia traumática. Ainda não estão claros quais fatores de risco biológicos e psicológicos são cruciais para o desenvolvimento do PTSD pós-parto. Isto indica a necessidade de investigação neste domínio (Soet, Brack & DiIorio, 2003).

Para Barreto e Oliveira (2010), os sintomas de PTSD vão conduzir a que a mulher veja a sua vida normal interrompida, devido a um conjunto forte de emoções e sentimentos, sobre os quais não tem controlo. Os sintomas geralmente incluem:

- A revivência persistente do evento por meio de intrusões recorrentes memórias, *flashbacks* e pesadelos. A mulher geralmente pode sentir-se angustiada, ansiosa ou em pânico quando exposta a coisas que lhes lembram do evento;
- Evitar qualquer coisa que lhe lembre do trauma (isto pode incluir falar sobre o assunto que causou o trauma), pode levar ao distanciamento emocional ou entorpecimento;
- Memórias “ruins” e a necessidade de evitar qualquer lembrete do trauma resultam em dificuldades ao dormir e concentrar-se. As mulheres também podem sentir-se irritadas e hiper-vigilantes.

É importante entender que, após um evento traumático, os indivíduos que apresentam sintomas de PTSD mostram uma visão do mundo que foi profundamente alterada e que muitas vezes os deixa profundamente temerosos e ansiosos. O mundo já não é considerado um lugar seguro e pode ser difícil confiar nos outros.

Capítulo II - Validade e Fidelidade

II. Validação da escala de evento traumático (TES)

O processo de validação de um instrumento sobrepõe a dois elementos essenciais, um teórico e outro observacional, no campo da teoria o instrumento resulta das percepções que o pesquisador tem acerca do fenómeno a ser estudado, no domínio da observação, estão as observações diretas, apontamentos informais, particularmente, as medidas objetivas, formais, fundamentadas em questionários e escalas (Vituri, 2009).

A validade de um instrumento é um passo essencial no desenvolvimento de novas medidas porque representa o início de instrumentos para associar ideias abstratas com indicadores estudados e mensuráveis. Os instrumentos de avaliação podem ser considerados válidos se conseguirem traduzir corretamente a dimensão que se quer medir. A validade do instrumento na pesquisa científica vai consistir num recurso fundamental que compõe o rigor metodológico. Para, a validade científica está relacionada ao rigor com o qual a pesquisa é desenvolvida, sem a mesma, os resultados não serão confiáveis (Gressler, 2004).

Cronbach e Meehl (1955) desenvolveram a reflexão sobre a validade de construto na área da psicologia, com propósito de especificar qualidades para a investigação, antes da publicação de testes. Discussões e investigações nas últimas décadas apontam para cuidados em relação à carência de validação nos instrumentos de pesquisas científicas. Conforme Straub (1989), a validação dos instrumentos tem sido empregada inadequadamente. Entre importantes apontamentos, os autores afirmam que poucos pesquisadores dedicaram cuidado certo ao assunto. A atenção para os assuntos de validação pode mover o campo para estudos significativos e conceitos refinados, longe de estruturas insociáveis e medidas imperfeitas.

Straub e Carlson (1989 citados por Boudreau *et al.*, 2001). Na perspectiva de investigar os avanços da validação de instrumentos em pesquisas científica, constataram que pesquisadores que desenvolvem estudos quantitativos usam em maior quantidade critérios de validade nos seus estudos. No entanto, o campo ainda não atingiu o ponto no qual a validação é a regra, e não a exceção.

Walter, Baptista e Augusto (2008) apuraram que, em estudos teórico-empíricos os levantamentos, não analisavam adequadamente os critérios de confiabilidade e de validade, apesar de, em alguns casos, os apresentarem. Straub e Carlson (1989) apontam que, apesar do conhecimento sucessivo entre os estudiosos sobre a aplicação da estrutura metodológica, precisa ser mais exigente, pois a maioria dos estudos empíricos continua a não cumprir os critérios de validade. Diante disso, torna-se importante pesquisar que critérios podem ser usados para atingir o rigor metodológico.

Na abordagem de Cooper e Schindler (2003), a validade se refere ao grau com que as diferenças encontradas por meio da ferramenta de mensuração refletem as reais distinções entre os participantes. A regra geral de validação é de que medidas diferentes de um mesmo fenómeno deveriam concordar, não podendo, contudo, sofrer da mesma fonte de erro. Portanto, a complexidade em efetivar o teste de validade plana no fato de que, habitualmente, não se sabe quais são as diferenças reais. Nas observações de critérios de validade dos instrumentos de mensuração, a literatura aponta para diversas formas, e essas referências desenvolvem-se à medida que aumentam as preocupações com mensurações científicas.

Hair *et al.* (2005) descrevem a diferenciação entre validade e confiabilidade: a validade refere-se à precisão, ao passo que a confiabilidade está ligada à coerência, ou seja, uma medida válida é aquela que inclui o construto que se quer alcançar. Pode avaliar-se a validade de um instrumento através de várias formas, entre as quais a validade aparente, paralela, preditiva e de construto, as quais se fundamentam em apreciações diversas e concordantes da mesma variável (Brewer & Hunter, 2006).

A fiabilidade diz respeito à segurança de uma medida, a validade diz respeito a sua fidelidade. Uma medida pode ser fiável ou explícita, mas pode estar errada e ser inválida. Assim a fiabilidade não afeta a validade mas é uma conjuntura para avaliar a validade, se a uma medida para ser válida dev, e antes de mais, ser fiável. Naturalmente, precisamos avaliar a credibilidade dos instrumentos (ou procedimentos) de medida e futuramente avaliar a validade dos mesmos. Fiabilidade significa exatidão de um procedimento, de avaliação e pode ser investigada por meio de estudo ou estabilidade desse método. Um instrumento (teste ou ferramenta de medida) fiável não deve produzir resultados expressivamente diferentes se repetido sobre a mesma pessoa (Boudreau *et al*, 2001).

A fiabilidade é uma característica básica dos instrumentos de medida, corresponde ao grau de exatidão que temos na informação obtida. Esta abrange a estabilidade temporal, ou fiabilidade teste-reteste, que é definida pela constância das respostas obtidas quando são

efetuadas questões em contextos parecidos, e a consistência interna que combina à uniformidade dos expostos da escala. (Duarte, 2011).

A validade de um teste não é fácil de apurar em algumas situações. Quanto mais direta for a forma de medir o fenómeno em causa mais válido será o método utilizado. Para considerarmos umas medidas válidas precisamos observar diferentes procedimentos de mensuração e buscar avaliar a sua validade comparativa. Por ser difícil avaliar a validade dos procedimentos, muitas vezes assume-se a validade até que alguém afirme em contrário (Garver & Mentzer, 1999).

A fidelidade indica a exatidão e a constância dos fins que o instrumento fornece, ou seja, se o instrumento em situações iguais provê resultados iguais (Fortin, 2009b, p.226). Diversos tipos de fidelidade podem ser avaliados, a estabilidade, a consistência interna e a equivalência (Fortin, 2009a; Fortin, 2009b)

Um instrumento de apreciação é válido sempre o mesmo avalia o que é presumível avaliar. Diversos padrões de validade foram identificados, no entanto, atualmente a validade de uma avaliação é considerada como ideia unitária, onde os diversos aspetos da validade e fiabilidade são correlativos (Garver & Mentzer, 1999).

O instrumento padronizado faz referência ao processo que sugere a escrita dos programas de um consultor e a pontuação de uma ferramenta de avaliação. Com esta metodologia formidável para perceber a construção dos programas de uma ferramenta nova deve ser edificado através de ferramentas imprescindíveis com objetivo de fazer a avaliação; (Anastasi & Urbina, 1999). A padronização de um instrumento tem por desígnio expor a consignação de princípios nos seguimentos pontual de um teste em estados variados de irregularidades acima e abaixo da média. Came e Fachal (2008, p. 166) mencionam que há percalços fundamentais que podem ter problemas nas avaliações de um teste a diversas pessoas, não é admitido confrontar: “alterações entre escores brutos por não retratar a verdadeira extensão entre indivíduos; comumente há zero total; não tem explicação-modelo”.

Assim ambicionamos com este estudo de validação de um questionário para a população Angolana contribuir para que a perturbação de stresse pós-traumático seja vista de uma forma mais rigorosa, permitindo um melhor acompanhamento de cada paciente nas unidades Hospitalares, algo que não tem acontecido no contexto angolano. No nosso estudo a validade do construto foi determinada através consistência interna.

PARTE II – MÉTODO

3. Pertinência da Investigação

Esta secção detalha os procedimentos metodológicos aplicados no desenvolvimento da pesquisa realizada. São tratadas as seguintes questões relativas ao estudo: tipo, local e período, população e amostra, critérios de inclusão, procedimentos, técnicas de recolha de dados e instrumentos. A secção finaliza com a exposição dos aspetos éticos da pesquisa e análise estatística.

O estudo em causa é bastante importante para o apoio à população alvo no nosso país, sendo que no caso das mulheres que se apresentam nas maternidades, as causas do surgimento das PTSD em mulheres com filhos recém-nascidos são várias, como podem verificar as que foram mencionadas no nosso trabalho (Silva *et al*, 2015).

Os aspetos relacionados com a maternidade constituem fatores de grande preocupação não só para as instâncias governamentais, como também para os familiares das parturientes. As complicações e as próprias condições do parto fazem deste panorama algo frustrante para a futura mãe. Após viver um parto traumático, algumas mulheres passam a apresentar no pós-parto recordações aflitivas do parto, por meio de ideias, sonhos ou emoções, e desenvolvem estratégias de evitamento de situações, pessoas e lugares que a façam lembrar o parto, o que configura a perturbação de Stresse Pós-Traumático (Cantilino & Sougey, 2010).

A PTSD relacionada ao parto não é um diagnóstico reconhecido no Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações (Elmir *et al*, 2010). E conseguimos observar com o nosso estudo que muitas mulheres que apresentam sintomas de PTSD após o parto nas nossas maternidades são diagnosticadas com depressão pós-parto ou alterações de adaptação. Estes diagnósticos podem levar a um tratamento inadequado.

A questão da PTSD relacionada com o parto é um assunto pouco abordado no nosso meio, apesar da sua enorme relevância, enquanto tema de saúde pública. O não reconhecimento dessa perturbação pelos profissionais de saúde que assistem as mulheres no peri-parto pode trazer prejuízos para ela e intensificar o seu sofrimento psíquico.

O trabalho de validação da Escala de Evento Traumático – Parto (TES) (*Traumatic Event Scale*, de Wijma, 1999, 2012), na realidade das mulheres angolanas, nomeadamente numa amostra de 150 mulheres em Luanda, irá trazer à sociedade angolana uma mais-valia na prestação de serviço de saúde pública nas maternidades dos pais, começando na orientação dos especialistas que funcionam nas maternidades no apoio as famílias das mulheres parturientes, conjuges, etc., para que se desenvolva um serviço especial antes, durante e pós-parto, e assim podermos prevenir o surgimento das PTSD nas mulheres a pós-parto.

A escolha deste tema deve-se ao facto de considerarmos que é um tema de extrema relevância para a sociedade, principalmente para a área da Psicologia Clínica e Saúde. O impacto dos acontecimentos traumáticos pode modificar os indivíduos nos planos biológicos, psicológico e social, ou seja, a PTSD exerce grande influência sobre o bem-estar psíquico dos indivíduos, provocando ansiedade, stresse e baixa autoestima (Pereira, 2003), por isso este estudo será um contributo para que as perturbações de stresse pós-traumático sejam vistas de uma forma mais rigorosa, permitindo um melhor acompanhamento de cada paciente nas unidades Hospitalares, algo que não tem acontecido no contexto angolano.

3.1 Delineamento

Todo o projeto de investigação pressupõe a escolha de um paradigma, que nos permite visualizar de determinada forma a realidade que queremos estudar.

Segundo Bogdan e Biklen (1994, p.52), “um paradigma consiste num conjunto aberto de asserções, conceitos ou preposições logicamente relacionadas e que orientam o pensamento e a investigação”. No nosso estudo usamos o paradigma positivista visto que prossegue com critérios de validade, fidelidade e de objectividade. optamos por técnicas quantitativas derivadas da utilização e validação de questionários, medição por testes. Para a análise dos dados recolhidos são privilegiadas a estatística descritiva e inferencial, características do método quantitativo.

A finalidade da investigação prendem-se com a validação do questionário para a população Angolana, as explicações são centradas na regularidade dos fenómenos, apuradas com base em situações ou causas já passadas ou presentes.

É um estudo transversal de natureza quantitativa, de tipo descritivo e comparativo, com uma componente metodológica que compreende a análise da estrutura da escala, de forma a obter um instrumento com validade interna, de constructo. Os resultados obtidos serão ainda comparados com outras validações existentes. Os estudos transversais são aqueles em que a exposição ao fator ou causa está presente no efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Estas questões tornam este tipo de estudo mais rápido, mais barato, mais fácil em termos logísticos e não sensível a problemas como perda de seguimento. Esta é a única maneira de calcular a prevalência das doenças e dos fatores de risco (Sitta *et al.*, 2010).

A maior desvantagem dos estudos transversais relaciona-se com a impossibilidade de estabelecer relações causais, por não provarem a existência de uma sequência temporal entre exposição ao fator e o subsequente desenvolvimento da doença. Além disso, são poucas as práticas

no estudo de doenças raras, uma vez que estas obrigam à seleção de amostras muito numerosas (Sitta *et al.*, 2010).

3.2 Definição dos objectivos

3.2.1 Objetivo geral

O objetivo do nosso estudo é a validação de uma escala de atuação clínica - Escala de Evento Traumático – Parto (TES) (*Traumatic Event Scale*, de Wijma, 1999, 2012) – com o propósito de avaliar a presença de sintomas de stresse pós-traumático relacionado com o parto, em mulheres com filhos recém-nascidos. Esta validação foi feita com uma amostra de 150 mulheres, na Maternidade Augusto Ngangula, em Luanda.

3.2.2 Objetivos específicos

- Conhecer as considerações gerais que fundamentam teoricamente a problemática da validação do instrumento (Traumatic Event Scale);
- Adaptar o instrumento TES à população em estudo;
 - Demonstrar a adequação do instrumento TES e as suas características psicométricas, na população em estudo;
- Analisar a prevalência de PTSD em mulheres na fase puérpera, na Maternidade Augusto Ngangula, em Luanda;
- Identificar os sintomas de PTSD manifestos nestas mulheres, na fase pós-parto;
- Verificar se os sintomas de PTSD estão associados ao fato de ser, ou não, a primeira gravidez, ao tipo de parto e à ocorrência de complicações durante o parto.

3.3 Questões de investigação

Perante este ponto procurámos apresentar questões neste estudo de forma a compreender melhor o fenómeno:

- 1) Quais as características psicométricas da versão Angolana da Escala de Stresse Pós-traumático do parto?
- 2) Haverá diferenças entre a versão Angolana da escala, e outras versões existentes?
- 3) Quais os sintomas de PTSD mais frequentes na amostra do presente estudo?

4) Os sintomas de PTSD estão associados ao fato de ser, ou não, a primeira gravidez, ao tipo de parto e /ou à ocorrência de complicações durante o parto?

5) Quais as dificuldades na demonstração da adequação do instrumento TES, na população em estudo?

3.4 População e amostra

A população alvo do estudo compreendeu todas as mulheres com filhos recém-nascidos que estavam internadas no Hospital Maternidade Augusto Ngangula, Luanda, após o parto.

A pesquisa foi realizada neste Hospital Maternidade, localizado no bairro Miramar, Município da Ingombota. A maternidade é referência secundária para gestações de alto risco para mais de seis municípios da Província de Luanda, onde ainda estão incluídos o atendimento da população de alguns distritos da Província.

Abrange uma população de cerca de 5 milhões de habitantes. São realizados perto de 70 partos por dia, o que resulta na média de 1500 partos por mês, sendo cerca de 15 de alto risco.

Para poder estabelecer, de forma adequada, a relação mulher - maternidade é necessário que os médicos e enfermeiros das várias áreas nas nossas maternidades possuam uma serie de conhecimentos gerais, relacionados com as características das suas parturientes, as famílias das mesmas e entorno na qual se desenvolve. No mesmo país, Angola, esta combinação de aspetos torna-se algo complexo por várias causas:

- Existência de famílias extensas e disfuncionais; famílias monoparentais, polígamas, desempregadas, com inúmeros filhos, e pouco tempo para a educação e cuidado dos mesmos;
- Famílias com baixo nível cultural, chegando alguns casos a ser analfabetas;
- Baixo nível económico que impossibilita algumas famílias do acompanhamento das filhas - mulheres;
- A pouca informação de muitos especialistas para atenderem a diversidade de mulheres que chegam nas maternidades, tanto nas fases pré, peri, ou pós natal;
- O insuficiente conhecimento das características das famílias das pacientes e a orientação, para empreender em conjunto o trabalho do acompanhamento das fases pré, peri, e pós parto das jovens mães;

- O insuficiente conhecimento das características psicológicas, e sociais das pacientes com que se trabalha;
- O insuficiente conhecimento acerca dos problemas emocionais que podem manifestar-se em algumas mulheres nas fases pré, peri, e pós-natal.

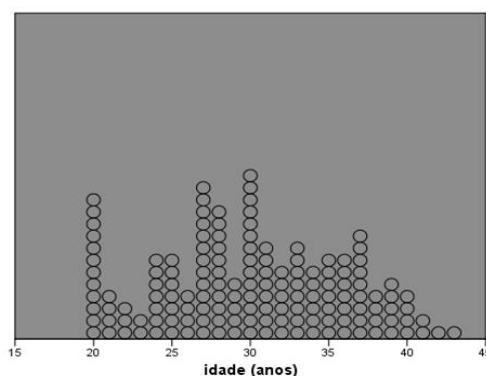
3.4.1. Critérios de inclusão na amostra

- Ter idade compreendida entre os 20 e os 43 anos;
- Ter dado à luz um nado-vivo na última semana;
- Concordar em participar do estudo;
- Capacidade de falar, ler e entender o Português;
- Compreender os instrumentos avaliativos.

3.4.2 Participantes – Caracterização

A amostra, objetiva e obtida por conveniência composta por 150 participantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 anos e os 43 anos ($M = 30.13$, $DP = 5.88$) (Figura 1).

Figura 1. Distribuição das Idades das Participantes

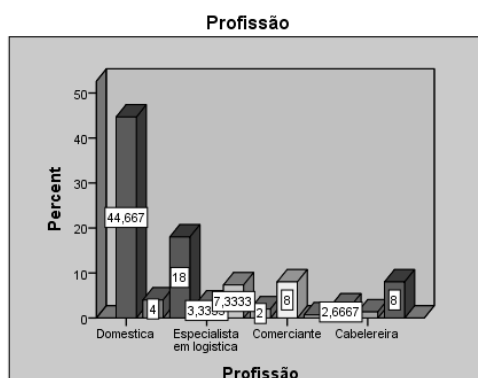


Da observação da figura verifica-se que a idade mais predominante das inquiridas situa-se nos 30 anos. Salienta-se que a faixa etária entre os 20 anos e os 30 anos se destaca, ou seja, existem muitas jovens que recorrem ao serviço de maternidade para o parto.

Quanto à escolaridade, verifica-se que cerca de metade das participantes possuem o nível médio ou superior de ensino (52%). Vinte e cinco participantes têm o ensino básico (16.7%), 30 (20%) o segundo nível e 17 (11.3%) o terceiro nível de escolaridade.

No que se refere à profissão, destacamos as mais representativas, ou seja, 45% ($n = 67$) são domésticas e 18% são estudantes ($n = 27$) (figura 2).

Figura 2. Distribuição de frequências segundo a profissão das participantes



Quanto ao estado civil das participantes, 61.4% (n= 92) são casadas ou vivem maritalmente. Cinquenta e oito (38.7%) são solteiras.

Relativamente ao tipo de parto, 78% (n=117) responderam que foi parto por via natural (eutócito), seguindo-se a cesariana de urgência (13.3%, n = 20), a cesariana programada (8%, n = 12) e, finalmente, a extração a vácuo (0.7%, n = 1).

Quanto ao tempo de trabalho de parto, no caso das participantes com partos eutócitos, a maioria demorou menos de 3 horas (n = 89, 59.33%). No caso das participantes que realizaram cesarianas (programadas e de urgência), em 81.25% dos casos (n= 26), o tempo de trabalho de parto não excedeu uma hora. Em cerca de 80% dos casos (n=112), não houve qualquer medida de redução da dor de parto.

No período em que decorreu o estudo, verificou-se que 47 (31.33%) das participantes estavam a ter o seu primeiro filho, enquanto 103 (68.67%) já tinham outro (s) filho (s).

No que toca à observação do parto por parte do progenitor, apenas 2.67% das mães refere que teve a companhia do pai do bebé (Figura 3). Três das participantes indicaram ter tido a presença de outra pessoa significativa no parto (mãe ou tia).

Figura 3. Progenitores que assistiram ao parto (%)



Uma parte significativa da amostra referiu não ter ocorrido complicações durante o parto ($n=124$, 82.7 %). Nos casos em que ocorreram problemas ($n=26$, 17.3 %), os mais referidos foram hemorragia ($n=8$), hipertensão ($n=6$) e sofrimento fetal ($n=3$).

Relativamente às características dos recém-nascidos, as semanas de gestação no momento do parto situaram-se entre as 26 e as 46 semanas ($M= 38.2$, $DP = 2.81$), tendo o seu peso variado entre 1 e 4.7 Kgs ($M= 3.12$, $DP = 0.61$). Apenas três bebés tinham peso inferior a 2 Kgs.

A grande maioria dos bebés (86%, $n=129$) não precisou de cuidados especiais pós-parto, tendo nascido a maior parte (92.6%) com índices APGAR entre 7 e 10.

Uma parte significativa das mães (85.3%, $n= 128$) indica que está a amamentar, no entanto, apenas 32% ($n=41$) refere estar a fazê-lo em exclusividade, sem outra forma de alimentação do bebé.

No período seleccionado, nasceram 52 natos do sexo feminino (34,7%) e nasceram 98 (65,33%). Em relação à média, situa-se nos dois nascimentos por dia referente ao mesmo período.

3.6. Instrumentos

A recolha de dados pode ser desenvolvida através de diversas técnicas, desde que estas estejam adequadas ao tipo de resultado que se pretende obter. Entretanto, para proceder à escolha da técnica, o pesquisador deve utilizar dedicação e conhecimento, a fim de elaborar com eficiência uma planificação que irá orientar a sua aplicação (Andrade, 1999).

De forma a atingir os objetivos propostos, seleccionámos os questionários que se revelaram adequados à recolha de informação, nomeadamente a Escala de Evento Traumático – Parto (TES) (*Traumatic Event Scale*, de Wijma, 1999, 2012) e o questionário sociodemográfico e clínico. Passaremos, então, a caracterizar os instrumentos referidos.

3.6.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sócio demográfico (anexo 1) tem por objetivo alcançar as informações pessoais dos participantes, especificamente idade; género; estado civil; habilitações literárias; dados relativos ao parto, dados do bebé e dados da mãe (tabela 1).

Tabela 1

Informações constantes do questionário sociodemográfico

Dados da Mãe	Dados do parto	Dados sobre o bebé
Idade	Em que data nasceu o seu bebé:	Nascido: Semanas de gestação
Grau de escolaridade	Tipo de parto:	Sexo:
Ensino de base	Eutócito (via natural)	Peso ao nascimento:
Segundo nível	Cesariana programada	Altura ao nascimento
Terceiro nível	Cesariana de urgência	APGAR:
Nível médio	Extração por fórceps	O seu bebé teve algum cuidado especial, quando nasceu?
Nível superior	Extração a vácuo (ventosa)	Sem sim quais
Profissão	Outros	Esta a amamentar?
É o seu primeiro filho?	Quanto tempo demorou o trabalho de parto?	Se sim é a única forma de alimentação do bebé?
Se não quantos já teve?	Teve alguma redução de dor?	Se já não amamenta, a decisão de parar foi sua ou dita pelas circunstâncias.
Estado civil:	Se sim qual?	
Solteiro/	O pai do bebe assistiu ao parto?	
Casado/	(Sim/ Não)	
Vive maritalmente/	Alguma outra pessoa da família que seja importante para si assistiu ao parto?	
Viúvo	Se sim qual?	
	Ocorreu algum problema durante o parto?	
	Se sim qual?	

Nota. Desta tabela constam as perguntas e probabilidades de respostas do questionário sociodemográfico.

3.6.2 Escala de Evento Traumático

A segunda parte foi constituída pela versão A do *Wijma Traumatic Event Scale* (TES) previamente traduzida e adaptada para a população Angolana neste estudo. O TES é um questionário de autopreenchimento e tem sido determinado como uma ferramenta válida para identificar e medir os eventos traumáticos e sintomas relacionados com o parto quer para utilização em investigação/pesquisa, quer na prática clínica (diagnóstico de stresse pós traumático do parto).

A Escala de Evento Traumático (TES) foi desenvolvida de acordo com os critérios do DSM-V para PTSD e compreende todos os critérios de sintoma para PTSD (APA, 2014). O

critério A é avaliado através de quatro questões que são ajustáveis para o trauma específico de uma descrição mais detalhada foi apresentada anteriormente (Wijma *et al.*, 1997). Após o critério (A), as afirmações compreendem os 17 sintomas de PTSD DSM-IV (Critérios B, C, D e E), ou seja, pensamentos intrusivos, evitação e entorpecimento e irritação.

Para o nosso estudo as mulheres foram solicitadas a relatar a frequência dos sintomas descritos, marcando uma das quatro respostas: "nunca / em absoluto", "raramente", "às vezes" ou "frequentemente". (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979).

Declarações com respostas "às vezes" ou "Frequentemente" foram contadas como sintomas que ocorrem. No presente estudo, o critério F Foi considerado preenchido se os indivíduos tinham marcado 5 uma escala (intervalo 1-10), exibindo o quanto os sintomas afetaram sua vida diária. Para cumprir o critério (E) no DSM-V, as participantes tiveram que relatar a duração dos sintomas por pelo menos um mês. Na análise, os dados TES foram considerados como: (1) uma soma-pontuação dos 17 itens com relação aos critérios B, C, D e E, (2) atendendo a todos os critérios de PTSD ou (3) reunião dos critérios B, C, D e E, ou não.

3.7. Procedimentos

Primeiramente iniciou-se a exploração do tema no que diz respeito ao estado da arte, desenvolvendo de seguida a questão de investigação e o delineamento dos objetivos do projeto. Após a aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa (anexo5), entre o mês de Maio e Junho de 2015, foi solicitada à direção do Hospital Augusto Ngangula uma permissão para recolher dados, em todas as áreas da instituição. A recolha dos dados foi realizada no período de Novembro de 2015 a Abril de 2016 na área de observação.

Foram selecionadas as unidades de saúde da Maternidade Augusto Ngagula, Município da Ingombotas cidade de Luanda (Angola). Fiz a entrega dos questionários e esclareci todos os pontos que as mesmas deveriam responder, deixei-as a vontade e quando surgisse alguma dúvida era solicitada a minha ajuda para mas esclarecimentos. O questionário, composto por duas partes, dados sociodemográficos e obstétricos, e a Escala de eventos traumáticos do parto (TES de Wijma). A referida amostra para a investigação foi recolhida aleatoriamente, assim sendo, a mesma é classificada estatisticamente como amostragem aleatória simples (a.a.s).

3.7.1 Procedimentos de tradução e adaptação dos itens

Sendo esta uma problemática que vem afetando varias mulheres no nosso país (Angola), pretendemos com este estudo de validação da escala, aferir a taxa de ocorrência de PTSD perinatal em mulheres com filhos recém-nascidos.

O processo utilizado para a tradução foi baseado, primeiramente, na metodologia postulada por Herdman, Fox-Rushby e Badia (1997, 1998), cujo objetivo principal era o de propor um modelo de equivalência baseado na universalidade da pesquisa. Essa metodologia também foi utilizada por Reichenheim, Moraes e Hasselmann (2000) que realizaram o trabalho de equivalência semântica da versão em português do instrumento, para inquirir a violência contra a mulher grávida e por Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (2006) que realizaram a tradução e adaptação do instrumento Childhood Trauma Questionnaire. A metodologia postulada por Pasquali (2000) também foi utilizada no nosso processo.

A primeira etapa consistiu na tradução do instrumento do inglês para o português por dois profissionais. Foi traduzido por dois juízes, um de nacionalidade portuguesa, com formação na área das Línguas e vasta experiência de docência nessa área (Inglês e Tradução); e o outro, de nacionalidade alemã mas com o inglês como segunda língua materna. O segundo juiz pertencia à área científica da Psicologia, o primeiro não.

Posteriormente, a partir das versões propostas pelos dois juízes, foi elaborada uma versão de consenso,. Esta versão foi feita em conjunto por dois especialistas da área científica da Psicologia, com conhecimento do conceito em estudo.

Para adaptar o instrumento à proposta do DSM-V sobre a PTSD foram incluídos novos itens, sob-proposta de uma equipa de investigadores franceses (que desenvolve um estudo em parceria com a equipa de investigação portuguesa em que este projeto se insere). Esses itens foram traduzidos para o português por dois portugueses fluentes em francês e pertencentes à área científica da Psicologia, e sujeitos à análise dos especialistas para encontrar a versão de consenso.

Na segunda etapa, o instrumento foi novamente traduzido para o inglês por dois profissionais psicólogos, bilingues, ambos doutores em psicologia, residentes em Portugal, mas com experiência de moradia em países de língua inglesa. Ambos os profissionais possuem experiência na temática de construção e validação de instrumentos.

A revisão técnica e a equivalência semântica aconteceram na terceira etapa, através da reunião de 14 pessoas com experiência em pesquisa na área de psicologia: nove graduados e cinco estudantes pertencentes a um grupo de pesquisa na área da psicologia, todos com experiência e/ou estudo na temática do TES. Nessa etapa, foi observada a equivalência

semântica das primeiras e segundas traduções e o significado geral de cada pergunta em relação ao instrumento original. Foram feitas modificações e sugestões e uma versão traduzida foi criada. Todas as versões (portuguesa inglesa e final) foram enviadas para a orientadora da investigação a Doutora, para apreciação e aprovação.

A quarta etapa teve como intuito a avaliação do conteúdo e o significado geral dentro do contexto da população-alvo. A versão corrigida foi apresentada a 10 profissionais de saúde mental que trabalhavam no Hospital psiquiátrico em Luanda e que tinham conhecimento considerável sobre criação de instrumentos e a temática da PTSD. Outros 16 profissionais, entre eles psicólogos e estudantes de psicologia participantes de equipas de pesquisa também foram consultados quanto às possíveis modificações na linguagem. A partir de todas as sugestões foram feitas modificações no instrumento para uma versão final.

Fortin (2009a) relata que o pré-teste é a confirmação que consiste em certificar a eficiência do questionário ligado a uma amostra restringida (entre 10 a 20 pessoas) da população a ser estudada, possibilitando apurar falhas que eventualmente venham a existir no questionário de maneira a se poderem fazer as correções dos mesmos. Na última etapa, quinta, foi feito um pré teste à versão final.

3.7.2 Pré-teste

Moreira (2004) sugere que o pré-teste seja feito, com o propósito de investigar se o questionário é perceptível, se as questões são claras e se o aspeto gráfico não induz em erro. O pré-teste da presente escala foi aplicado a 20 mulheres com filhos recém-nascido que aceitaram participar de forma livre. Tivemos como primeiro procedimento o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecimento. A amostra foi recrutada por conveniência. O nível de escolaridade média dos nossos participantes foi de aproximadamente a oitava classe do ensino secundário. Para que os participantes avaliassem a facilidade de compreensão do instrumento de forma geral e a cada questão de forma específica uma escala verbal-numérica (Bernstein, Ahluvalia, Pogge & Handelsman, 1997) de cinco pontos foi usada a esses usuários

O pré-teste permitiu verificarmos que em alguns pontos a linguagem não era perceptível. Foi, então, necessário adaptar certas perguntas para uma linguagem mais acessível, as questões dentro dos parêntesis e negritadas foram todas acrescentadas no questionário, nomeadamente os itens a, 3, 4, 5, 12 e 18:

a) Durante o trabalho de parto/parto senti-me ofendida (**exposta**) fisicamente;

3. De repente sinto que estou de novo a dar à luz e sinto-me aterrorizada (**assustada**)

4. Tudo o que me faz lembrar a minha experiência de dar à luz perturba-me (**incomoda-me**) psicologicamente
5. As lembranças do meu parto perturbam-me (**incomoda-me**) fisicamente (sinto o coração a bater mais rápido, a respiração mais pesada, sinto-me tensa (**ansiosa**), começo a transpirar);
12. (Quando penso no meu parto, tenho sensações desagradáveis, medo, cólera, (**raiva**) etc.);
18. Sinto-me tensa (**preocupada**) e em estado de alerta o tempo todo.

A pergunta orientadora era: “Entendeu o que perguntámos?”. O valor mínimo era “0” (“não entendi nada”) e o valor máximo “5” (“entendi perfeitamente”). Chegámos à conclusão que para uma compreensão suficiente era necessário que se atingisse um valor maior ou igual a 3.

Após fazermos as adaptações das questões que não eram claras, as mulheres inquiridas acharam que o questionário era perceptível, que todos os itens que constavam no questionário eram claros, e que o aspeto gráfico não influenciava em erro.

A maioria das participantes considerou as perguntas compreensíveis ou muito fáceis. Todas concordaram que não havia qualquer pergunta ofensiva, nem com um maior grau de complexidade de perceção.

O estudo foi realizado em meio natural, nas distintas unidades de internamento e inter-consultas no pós – parto onde as mães com filhos recém-nascidos receberam cuidados de enfermagem no período.

Parte III. Resultados

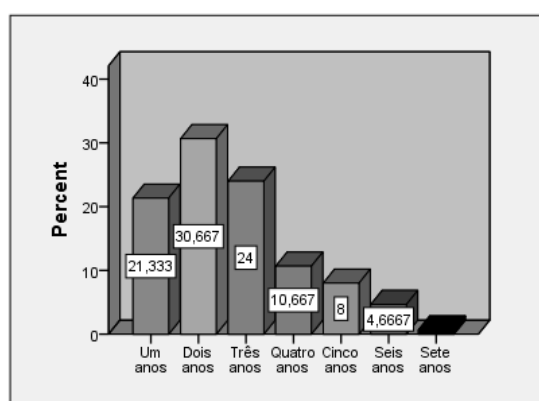
4. Apresentação dos Resultados

4.1 Afetação da vida diária

Na questão referida à afetação da vida diária das parturientes pós-parto, os resultados da análise foram os seguintes: 31.3% (n=47) responderam que tudo se manteve como era antes do seu parto, 20% (n=30) responderam que houve alguma alteração, no entanto, realça-se a maior escala de afetação, ou seja, 25.3% (n=38) das mães ficaram com a vida completamente afectadas. Resumindo cerca 68.7% das parturientes ficaram com uma vida psicologicamente afectada.

Quando se perguntou há quanto tempo se tem sentido afectada, verificou que este sentimento prolonga-se até 7 anos após o parto, sendo com maior incidência nos primeiros anos. Dada a análise gráfica (figura 4), verifica-se que cerca de 1/5 das parturientes possuem este sentimento há um ano, 30,7% há dois anos, 24% há três anos, 10,7% há quatro anos e por fim uma participante carrega este sentimento há sete anos, visto que as respostas, em alguns casos, derivam de gestações anteriores.

Figura 4. Tempo em anos de afetação.



4.2. Análise de Componentes Principais

Numa perspectiva de verificar a estrutura fatorial do instrumento aplicámos o método de Análise de Componentes Principais (ACP), que expomos a seguir.

A Análise de Componentes Principais é uma técnica de análise exploratória multivariada que transforma um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, num conjunto menor de variáveis independentes. No essencial, o seu objectivo “é identificar novas variáveis, em número menor que o conjunto inicial, mas sem perda significativa da informação contida

neste conjunto. A ACP, requer alguns métodos de validação à priori, explicitando a seguir alguns método mais aplicados (Moroco, 2003; Pestana e Gageiro, 2005).

Numa primeira fase, usámos o critério de Kaiser – Meyer – Olkin (K.M.O). Para a interpretação das componentes da matriz de correlação, o método de rotação escolhido foi o Varimax.

Analisando o resultado estatístico $KMO = 0.86$, a ACP é recomendável. No que diz respeito ao teste de Esfericidade de Bartlett, apresenta (Sig=0,00), ou seja, um p-value <0.001, significando que a rejeição da hipótese nula é altamente significativa, concluindo por isso, que variáveis estão correlacionadas significativamente.

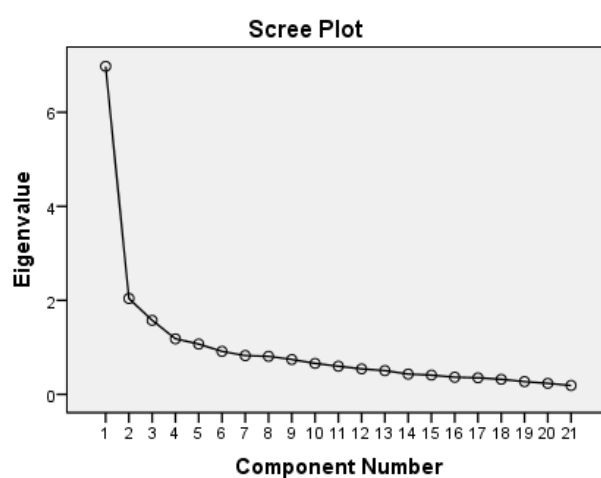
A tabela seguinte apresenta os valores próprios para cada factor, na realidade é a percentagem de variância explicada de cada um deles. (tabela 2)

Tabala 2

Total Variance Explained						
Initial Eigenvalues				Extraction Sums of Squared Loadings		
Component	Total	% of Variance	Cumulativa %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6.979	33.232	33.232	6.979	33.232	33.232
2	2.039	9.711	42.943	2.039	9.711	42.943
3	1.574	7.495	50.437			
4	1.182	5.627	56.065			
5	1.070	5.096	61.161			
6	.913	4.349	65.510			
7	.824	3.922	69.432			
8	.809	3.850	73.283			
9	.741	3.531	76.814			
10	.657	3.131	79.945			
11	.598	2.848	82.793			
12	.542	2.580	85.372			
13	.505	2.404	87.777			
14	.430	2.048	89.824			
15	.408	1.945	91.769			
16	.364	1.733	93.503			
17	.352	1.675	95.178			
18	.321	1.527	96.704			
19	.270	1.288	97.992			
20	.233	1.110	99.102			
21	.189	.898	100.000			

De acordo com a regra de retenção dos factores com valores próprios superiores a 1, foram retidos dois factores (o que é confirmado pelo Screeplot) que explicam a maior da variabilidade total. Segundo a teoria, os valores próprios representados em relação ao número de factores a reter, são os que correspondem à maior inclinação da recta, ou seja, a um maior afastamento entre os valores próprios (figura 1).

Figura 5. Scree plot.



A tabela seguinte apresenta os valores próprios para cada factor, na realidade é a percentagem de variância explicada.

Seguindo o mesmo critério, para análise factorial acrescentou mais variáveis para o estudo.

Tabela. 3

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.864
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1565.843
	df	300
	Sig.	.000

Total Variance Explained

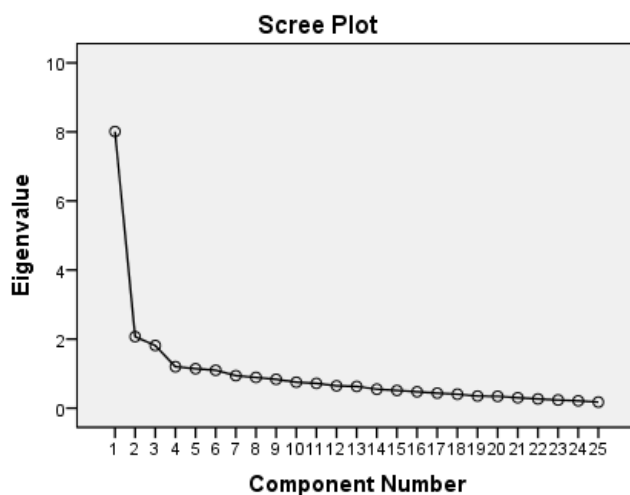
Tabela. 4

Initial Eigenvalues	Extraction Sums of Squared Loadings	Rotation Sums of Squared Loadings
---------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Component	Total	% of Variance	Cumulative%	Total	%Variance	Cumulative%	Total	% of Variance	Cumulative%
1	8.010	32.0441	32.041	8.010	32.041	32.041	5.311	21.244	21.244
2	2.070	8.282	40.323	2.070	8.282	40.323	4.770	19.079	40.323
3	1.813	7.254	47.577						
4	1.200	4.801	52.378						
5	1.142	4.567	56.945						
6	1.098	4.393	61.338						
7	.941	3.764	65.102						
8	.889	3.556	68.658						
9	.834	3.337	71.995						
10	.750	3.000	74.996						
11	.718	2.871	77.867						
12	.647	2.588	80.455						
13	.629	2.517	82.972						
14	.48	2.191	85.163						
15	.514	2.055	87.218						
16	.474	1.895	89.114						
17	.434	1.738	90.851						
18	.403	1.614	92.465						
19	.349	1.396	93.861						
20	.342	1.368	95.229						
21	.302	1.207	96.435						
22	.266	1.065	97.500						
23	.237	.949	98.449						
24	.212	.849	99.299						
25	.175	.701	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Figura 6. Experiencia difícil que foi o parto

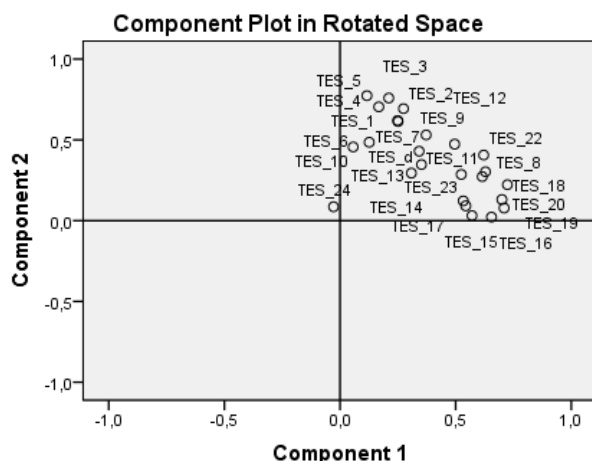


O gráfico espelha a experiência difícil que foi o parto das parturientes. O factor 1 (Componente 1) é composto por 5 itens e espelha o comportamento após parto. Da análise observamos que, por exemplo, as seguintes variáveis: TES_8: Tenho dificuldade em lembrar as partes importantes do meu parto, TES_14. Desde o meu parto que me sinto afastada das outras pessoas, TES_15: Desde o meu parto, as minhas forças de amar ou de mostrar amor diminuiu, TES_16: De repente, posso sentir-me muito chateado ou com raiva, sem motivos, TES_17. Faço coisas que me prejudicam como por ex: (condução perigosa, consumo excessivo de medicamentos, etc). Estas variáveis mencionadas estão

Em relação ao factor 2 (Componente 2) agrupado 6 itens reflecte nomeadamente afectação psicológica das parturientes, especificando como exemplo, as seguintes variáveis: TES_1 :As vezes surgem pensamentos negativos acerca do meu parto, TES_2: Tenho maus sonhos sobre o meu parto, TES_3 :De repente sinto que estou de novo a dar à luz e sinto-me a assustada, TES_4 :Tudo o que me faz lembrar da minha experiência de dar à luz incomoda-me psicologicamente, TES_5 :As lembranças do meu parto incomoda-me o corpo todo e (sinto o coração a bater muito forte e fico sem respiração e começo a transpirar, TES_6:Tento manter-me afastada dos maus pensamentos, emoções ou conversas que me fazem lembrar o dia do meu parto (figura 3).

Foram eliminados dois itens, uma vez que têm saturações com valores muito próximos em mais de um fator, (itens 7 “Tento evitar fazer trabalhos, em lugares ou próximo de pessoas que me fazem lembrar o dia do meu parto” e 12 “Quando penso no meu parto, tenho sinto mau estar”).

Figura 7. Component plot in Rotated space



Apresenta-se o KMO dos 2 factores

Tabela. 5

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.850
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1232.133
	Df	210
	Sig.	.000

Figura 8. Scree Plot

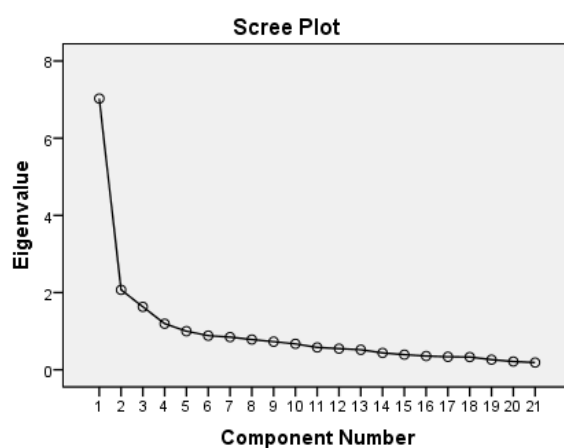


Tabela 6

Rotated Component Matrix				
	Component			
	1	2	3	4
De repente sinto que estou de novo dar á luz e sinto-me assustada	.822			
As lembranças do meu parto incomodan-me o corpo todo e sinto o meu coração a bater muito fote e fico sem respirar e começo a transpirar	.729			
Tenho maus sonhos sobre o o meu parto	.718			
As vezes surgem pensamentos negativos acerca do meu parto	.682	.322		

Tudo o que me faz lembrar a minha experiência de dar a luz incomoda-me psicologicamente	.652		
Desde o do meu parto que não sinto vontade de olhar aos médicos	.589		.333
Tento evitar fazer trabalhos em lugares ou estar próximo de pessoas que me fazem lembrar o dia do meu parto	.467	.372	.428
Tenho dificuldade em concentrar-me		.834	
Reajo mal as coisas que acontecem de surpresa		.720	
Derepente posso sentir-me muito chateada ou com raiva, sem motivos		.642	
Sinto-me preocupada e tenho dificuldade de dormir o tempo todo		.633	
Tenho problemas em adormecer ou dormir, porque sou acordada por maus pensamentos do meu parto	.422	.628	
Desde o meu parto que me sinto afastada das outras pessoas		.781	
Desde o meu parto , as minhas forças de amar ou de mostrar amor diminuiu		.741	
Tenho dificuldade de voltar a fazer os trabalhos que eu fazia antes do parto		.553	
Faço coisas que me prejudicam como por ex: condução perigosa, consumo excessivo de medicamento (etc)		.527	.427
Quando penso no meu parto, sinto mau estar	.455	.524	
Cada vez que penso no meu parto, sinto-me culpada sem poder perceber a razão			.686
Tento manter-me afastada dos maus pensamentos, emoções ou conversas que me fazem lembrar o dia do meu parto	.310		.566
Tenho dificuldade em lembrar as partes importantes do meu parto		.501	.541
Desde o dia do meu parto que tenho tido maus pensamentos da minha vida, e sobre outras pessoas e do mundo (Ex: ter pensamentos tais como não presto, não confio em ninguém, o mundo é perigoso, etc)	.437	.357	.460

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.^a

a. Rotation converged in 6 iterations.

Tabela. 7

Total Variance Explained			
Rotation Sums of Squared			
Loadings			
Component	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4.063	19.348	19.348
2	3.264	15.544	34.891
3	2.513	11.965	46.891
4	2.084	9.922	56.779

Extractio Method: Principal Component Analysis.

A tabela explica a variação total da rotação dos factores, assim sendo, a variação total é de 56,78% proximamente.

Tabela. 8 Composição da Versão Spitz e Hannachi, Escala TES Traumatic Evento

Escala TES Traumatic Evento	PTSD pós-parto Spitz e Hannachi	Aurora Kassongo (2017)
(Wijma, 1999, 2012) de acordo com o DSM -5	(2015) de acordo com o DSM -5	DSM-5
Itens	Itens	Critérios
DSM 5: Critério A: Exposição / ameaça de morte/ lesão grave		
a. O trabalho de parto foi uma experiência difícil		Critério A:1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
b. Durante o trabalho de parto, senti-me exposta fisicamente		Critério A: 4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhe aversivos do evento traumático
c. Durante o trabalho de parto tive receio que eu ou o meu bebé nos acontecesse alguma coisa		Critério A:3. Saber que o evento traumático com familiar ou amigo próximo. Nos casos de ódio concreto ou ameaça de morte envolvendo familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha elemento ou acidental.
d. Durante o trabalho de parto senti-me aflita, incapaz ou medo		Critério A:4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático
DSM 4 Critério B: Intrusão / trauma revivescência		
DSM 5: Critério B Intrusão / trauma revivescência		
1. As vezes surgem pensamentos negativos acerca do meu parto	1. Des images et pensées déplaisantes du travail/accouchement s'imposent à moi	Critério B : 1 . Lembranças perturbadoras recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento ou eventos traumáticos.

2. Tenho maus sonhos sobre o meu parto	2. J'ai des rêves désagréables à propos du travail/accouchement	Critério B : 2. Sonhos perturbadores recorrentes com conteúdos ou emoções relacionadas com o Evento ou eventos traumáticos.
3. De repente sinto que estou de novo a dar à luz e sinto-me a assustada	3. J'ai l'impression de manière soudaine que l'accouchement est en train de recommencer et je me sens submergée par des pensées horribles.	Critério B : 3. Reações dissociativas em que o indivíduo sente-se ou age como se o evento traumático Estivesse a ocorrer novamente.
4. Tudo o que me faz lembrar da minha experiência de dar à luz incomoda-me psicologicamente	4. Tous les souvenirs de mon accouchement me causent une expérience intense de détresse psychologique.	Critério B : 4. Mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a fatores internos ou externos que simbolizem ou façam lembrar algum aspeto do evento traumático.
5. As lembranças do meu parto incomodam-me o corpo todo e (sinto o coração a bater muito forte e fico sem respiração e começo a transpirar)	5. Les souvenirs de l'expérience du travail/ de l'accouchement me causent une détresse physique (comme des battements de Cœur plus rapides, se sentir tendue, commencer à transpirer, respiration rapide...)	Critério B : 5. Reações fisiológicas marcadas a fatores internos ou externos que simbolizem ou façam Lembrar algum aspeto do evento traumático.

DSM 4 Critério C: Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento das emoções
DSM 5: Critério C: Evitamento persistente de estímulos associados com o trauma

6. Tento manter-me afastada dos maus pensamentos, emoções ou conversas que me fazem lembrar o dia do meu parto	6. J'essaie de rester éloignée de pensées, émotions ou conversations qui pourraient me faire penser à l'expérience de l'accouchement.	Critério C: 1. Evitamento de ou esforços para evitar memórias, pensamentos ou sentimentos Perturbadores sobre ou associados ao evento traumático.
7. Tento evitar fazer trabalhos, em lugares ou próximo de pessoas que me fazem lembrar o dia do meu parto	7. J'essaie d'éviter les activités, endroits ou personnes qui pourraient me rappeler le travail/ l'accouchement	Critério C: 2. Evitamento ou esforços para evitar elementos externos que relembrem o evento e Provoquem memórias, pensamentos ou sentimentos perturbadores relacionados com o evento traumático.

DSM 5: Critério D: alterações cognitivas e emocionais

8. Tenho dificuldade em lembrar as partes importantes do meu parto	8. J'ai des difficultés à me souvenir des moments importants du travail/ accouchement.	Critério D: 1. Incapacidade de recordar aspetos importantes do evento
--	--	---

9. Desde o dia do meu parto que tenho tido maus pensamentos da minha vida, e sobre outras pessoas e do mundo (Ex: ter pensamentos tais como não presto, não confio em ninguém, o mundo é perigoso, etc)	9. Depuis mon accouchement, j'ai des pensées négatives sur moi-même, sur d'autres personnes ou sur le monde (Ex : avoir des pensées telles que : je suis nulle, je ne peux faire confiance à personne, le monde est dangereux, etc.)	Critério D: 2. Expectativas e crenças exageradamente e persistentemente negativas acerca do próprio, dos outros e do mundo em geral
10. Desde o dia do meu parto, que não sinto vontade de olhar aos médicos	10. Depuis mon accouchement, j'en veux à l'équipe médicale.	Critério D: 2. Expectativas e crenças exageradamente e persistentemente negativas acerca do próprio, dos outros e do mundo em geral
11. Cada vez que penso no meu parto, sinto-me culpada sem poder perceber a razão	11. Lorsque je repense à mon accouchement, je ressens de la culpabilité sans pouvoir me raisonner Je me reproche le déroulement de mon accouchement.	Critério D: 3. Cognitiones persistentes e distorcidas acerca da causa ou consequências do evento ou eventos traumáticos que levam o indivíduo a culpar-se a si ou outros.
12. Quando penso no meu parto, tenho sinto mau estar	12. Lorsque je repense à mon accouchement, j'éprouve des sensations déplaisantes Lorsque je repense à mon accouchement, je ressens de la colère.	Critério D: 4. Estado emocional negativo persistente. (por exemplo, medo, horror, raiva, culpa ou vergonha.);
13. Tenho dificuldade de voltar a fazer os trabalhos que eu fazia antes do parto	13. J'ai des difficultés à participer à des activités qui me plaisaient avant d'accoucher	Critério D: 5. Interesse e participação em atividades significativas marcadamente diminuídos.
14. Desde o meu parto que me sinto afastada das outras pessoas	14. Je me sens détachée ou éloignée des autres personnes	Critério D: 6. Sentimentos de distanciamento ou indiferença em relação aos outros
15. Desde o meu parto, as minhas forças de amar ou de mostrar amor diminuiu	15. Ma capacité à aimer ou être affectueuse est restreinte	Critério D: 7. Incapacidade persistente de experienciar emoções positivas

DSM 4 : Critério D: sintomas persistentes de atividade autonómica
DSM 5: Critério E: sintomas persistentes de atividade autonómica

	J'ai l'impression que mon futur n'a pas de sens	
16. De repente, posso sentir-me muito chateado ou com raiva, sem motivos	16. Je peux me sentir soudainement très irritée ou en colère envers les autres sans raison	Critério E: 1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.

17. Faço coisas que me prejudicam como por ex: (condução perigosa, consumo excessivo de medicamentos, etc).	17. Je prends trop de risques et je fais des choses qui peuvent me nuire (conduite dangereuse, consommation excessive de médicaments, etc.)	Critério E: 2. Comportamento autodestrutivo ou imprudente
18. Sinto-me preocupada e tenho dificuldade de dormir o tempo todo	18. Je me sens tout le temps tendue et sur le qui-vive	Critério E: 3. Hipervigilância.
19. Reajo mal as coisas que acontecem de surpresa	19. Je réagis vivement aux évènements inattendus J'ai des réactions de sursauts exagérées	Critério E: 4. Resposta de sobressalto exagerada.
20. Tenho dificuldade em concentrar-me	20. Il m'est difficile de me concentrer	Critério E: 5. Problemas de concentração.
21. Tenho problemas em adormecer ou dormir, porque sou acordada por maus pensamentos do meu parto	21. J'ai des difficultés à m'endormir ou rester éveillée car les pensées et souvenirs de l'accouchement me dérangent.	Critério E: Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

DSM 5: Critério F: Tempo

22. Quanto é afetada a sua vida com os problemas diários?	Critério G: A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
23. Se sentir que a sua vida diária é afetada por qualquer um dos problemas acima mencionados: há quanto tempo tens té sentido assim?	Critério G: Critério G: A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
24. Se há mais de doze meses: há quantos anos?	Critério F: A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.

4.3. Consistência Interna da Escala

A consistência Internada será designada como a segunda fase. A consistência interna dos factores define-se como a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos. Isto é, as respostas diferem não porque o inquérito seja confuso e leve a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm diversas opiniões. O Alpha de Cronbach (uma medida da fidelidade de cada dimensão e do modelo no geral que e tanto melhor quanto maior for este indicador), é uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual

número de itens, que meçam a mesma característica. Varia entre 0 e 1, considerando-se como indicador de boa consistência interna ser superior a 0,8. A proporção da variância de cada variável explicada pelas componentes principais designa-se por comunalidades, ou seja, para conhecer os "pesos factoriais" é necessário ter uma estimativa das comunalidades - este problema de referências circulares é designado por problema da estimação das comunalidades (Sharma, 1996).

A confiabilidade do TES (17 itens de sintoma) foi estimada por meio de Cronbach a (0,88) indicando uma consistência de fiabilidade bastante elevada.

4.4. Descrição dos fatores

Cada fator no nosso estudo corresponde aos criterios de diagnostico da PTSD, de forma a facilitar a compreensão de identificação da orientação.

O primeiro fator, que denominámos de (Componente 1) agrupa os itens que se destinam experienciã difícil que foi o parto das parturientes. A ideia do parto, enquanto acontecimento natural ou voluntário, varia muito de cultura para cultura, a maneira como o parto é observado, o tratamento dado pela equipa hospitalar, as condições gerais do hospital, define o tipo de experiênciã sobre o parto (Figueiredo, 2000).

O segundo fator, designado de (Componente) “agrupado 6 itens reflecte nomeadamente afectação psicológica das parturientes,”

5. Discussão dos resultados

Neste capítulo buscaremos refletir sobre as implicações obtidas, e almejamos articular com os objetivos definidos os pontos que escolhemos para esta investigação. Quanto aos resultados obtidos mostra a sua reflexão, é importante porque nos permite avaliar a presença de sintomas de stresse pós-traumático relacionado com o parto, em mulheres com filhos recém-nascidos.

De seguida serão apresentados e discutidos os principais resultados desta investigação. Tendo presente a revisão bibliográfica, as estruturas essenciais que emergiram da apresentação dos resultados do estudo.

O momento do parto pode ser visto pela mulher como um evento um traumatico, varios estudo sobre a PTSD nos mostram que o término da gestação pode causar sintomas de stresse

Pós-Traumático, como flashbacks, pesadelos, irritabilidade, palpitações e medo de passar pela mesma experiência (Também Gungor 2007).

Durante as pesquisa, observou-se que o excesso de dor foi relatado como a principal causa de trauma, sem esquecer o medo de complicações graves para as parturientes ou para o bebê, o desconforto por permanecer durante muito tempo deitada em macas com pouca ou nenhuma higiene também teve um forte efeito negativo, e influência também no desenvolvimento de sintomas de PTSD.

O evento traumático isolado não é determinante para o desenvolvimento da PTSD no parto, varios fatores estão relacionados, e depende da capacidade emocional de cada individuo no processamento das emoções ao evento traumático. A experiência de parto é, sob diferentes particularidades, reconhecida como uma experiência difícil, visto que quanto mais difícil for a vivencia e parto pior é o equilibrio emocional da mulher no puerpério, tendo maior propensão a desenvolver a PTSD (Wijma et al, 1997).

Num estudos sobre a experiência de parto, com uma amostra de 161 mulheres norueguesas: casadas (86%), e a viver maritalmente (12%), solteiras (2%), primíparas (39%) multíparas (61%). Foram entrevistadas no segundo dia após o parto no que se referiam à dificuldade, dor, ansiedade, perda de controlo, confusão e emoções sentidas no momento do parto, bem como o apoio por parte do companheiro e a equipa médica. Os resultados achados neste estudo mostrou que mulhres na sua maioria considerou a experiência de parto como um momento difí- cil (60%), ao mesmo tempo mostraram-se satisfeitas com a forma como lidou com o parto (71%). Durante o parto, a maior parte das parturietes sentiu muita dor (80%) (para 47% a experiência foi realmente dolorosa 33% a dor foi insuportável), muita ansiedade (58%), falta de controlo (74%), perda da noção de tempo e do espaço (50%), emoções negativas (87%), foi visível que a qualidade da experiência que a mulher tem durante o trabalho de parto esta intrínsecamente ligado ao seu estado emocional após o parto. As mulheres que relataram um parto muito difícil, aquelas que sentiram imença dor, ansiedade, descontrolo, perda da noção de tempo e espaço, as que apresentaram reacção emocional mais negativa no momento do parto e relataram não ter apoio por parte dos técnicos, apresentaram maiores níveis de perturbação de stresse pós traumatico (Thune-Larsen e Pedersen 1988).

No decorrer da gestação as mulheres relatam duas maneiras de lidar com o acontecimento do parto. O acompanhamento por parte dos seus companheiros e a gestão da dor é reconhecido como os aspetos mais importantes, a presença do acompanhante constituirá o seu principal suporte (Gibbins e Thomson, 2001).

Relativamente á presença do acompanhante durante o trabalho de parto, todas as mulheres entrevistadas realçaram a sua importância e referem que a sua presença tem benefícios a nível, de maior capacidade de relaxamento, sentimentos de tranquilidade e segurança aumentada. Referem também que o facto de terem alguém para partilhar o momento, é importante para elas.

A presença de pessoas significativas, também referida, com preferência pela presença da mãe ou irmã, evidenciar a importância do acompanhamento e da comparência das pessoas que ocupam um papel relevante na vida da gestante.

No que toca à observação do parto por parte do progenitor, apenas 2.67% das mães refere que teve a companhia do pai do bebé (Figura 3). Três das participantes indicaram ter tido a presença de outra pessoa significativa no parto (mãe ou tia).

As participantes da investigação, 61.4% (n= 92) são casadas ou vive maritalmente. Cinquenta e oito (38.7%) são solteiras.

Quanto à escolaridade, verifica-se que cerca de metade das participantes as maiores possuem o nível médio ou superior de ensino (52%). Vinte e cinco participantes têm o ensino básico (16.7%), 30 (20%) o segundo nível e 17 (11.3%) o terceiro nível de escolaridade. Otley (2011) adiciona como fatores de risco de um aumento do medo do parto: baixo nível educacional.

Modarres *et al.* (2012) avaliaram 400 mulheres que procuraram a maternidade, 18 dessas mulheres (8,3%) tiveram partos prematuros. Os 19 resultados mostraram que mais da metade das mulheres entrevistadas tiveram um parto traumático e 20% preencheram os critérios de diagnóstico para a PTSD. Esta alteração foi relacionada com baixo nível de escolaridade, trabalho de parto prematuro, inadequadas visitas pré-natal, ter complicações devido à gravidez, gravidez a intervalos menores de 2 anos, duração do trabalho de parto e cesárea de emergência.

Outros fatores como a idade, desocupação e o facto de ser fumadora, são apenas referidos por Laursen, Hedegaard e Johansen (2008).

No que se refere à profissão, destacamos aquelas que representam maior percentagem, ou seja, 45% (n= 67) responderam que são domésticas e 18% responderam que são estudantes (n= 27), o que representa na totalidade da amostra 63% (figura 2).

No nosso estudo verifica-se que a idade mais predominante das inquiridas situa-se nos 30 anos. Salienta-se que a faixa etária entre os 20 anos e os 30 anos se destaca, ou seja, existem muitas jovens que recorrem ao serviço de maternidade para o parto.

Spice, Jones, Hadjistavropoulos, Kowalyk e Stewart (2009) mencionam cerca de 30% das mulheres admitem ter medo do parto, alcançado pico de *stresse* no terceiro trimestre de gravidez. Algumas, por desconhecerem a anatomia e outros aspetos que cercam o nascimento, sentem medo da dor de parto e de futuras lesões. Algumas mulheres podem demonstrar inquietações relacionadas com a conduta que devem adotar durante o trabalho de parto e o parto, e questiona-se qual será a percepção dos profissionais de saúde face aos seus comportamentos (Corbett, 2008).

Sobre o tipo de parto, 78% (n=117) responderam que foi parto por via natural (eutócito), seguindo-se a cesariana de urgência (13.3%, n = 20), a cesariana programada (8%, n = 12) e, finalmente, a extração a vácuo (0.7%, n = 1).

Quanto ao tempo de trabalho de parto, no caso das participantes com partos eutócitos, a maioria demorou menos de 3 horas (n = 89, 59.33%). No caso das participantes que realizaram cesarianas (programadas e de urgência), em 81.25% dos casos (n= 26), o tempo de trabalho de parto não excedeu uma hora. Em cerca de 80% dos casos (n=112), não houve qualquer medida de redução da dor de parto.

No período em que decorreu o estudo, verificou-se que 47 (31.33%) das participantes estavam a ter o seu primeiro filho, enquanto 103 (68.67%) já tinham outro (s) filho (s).

Das mulheres entrevistadas na nossa investigação, referem às experiências vivenciadas durante o trabalho de parto e nascimento com experiência positiva e que recomendam. Referem que o parto eutócico deve ser sempre a primeira opção desde que existam condições maternas e fetais para isso.

Pesquisas realizadas mostraram a influência do tipo de parto na experiência de parto e no estabelecimento da relação com a PTSD, tem vindo a demonstrar que o tipo de parto interfere na experiência da parturiente e, consequentemente, na percepção e satisfação com o parto (Mercer 1979)

No estudo sobre a percepção e satisfação do parto feito por Cranley et al, avaliaram, no 2.º e o 4.º dia após o parto, 122 mulheres, onde 40 tiveram parto normal, 39 cesariana de emergência e 43 uma cesariana planeada. Constatou-se que as mulheres que fizeram uma cesariana não planeada percebem mais negativamente a experiência de parto, do que as restantes, que tiveram um parto normal ou uma cesariana planeada. Os autores reaçam que a satisfação com o parto depende de outros ennumeros factores. As mulheres que foram acompanhadas por uma pessoa significativa ou marido têm melhor compreensão da experiência de parto do que as que estiveram sozinhas (Cranley et al. 1983).

Quando referem que as mulheres que passaram por parto distócico por cesariana percebem toda a experiência do trabalho de parto de uma forma mais negativa, do que as mulheres que pariram por parto eutócico. Também Dimatteo (1996), numa meta análise, encontraram resultados que sugerem que as mulheres que fizeram cesarianas, sobretudo quando a cesariana não é planeada, estão menos satisfeitas com a experiência do parto.

No que se refere ao tipo de parto, todas as mulheres que pariram por parto eutócico e parto distócico auxiliado por ventosa, referiram o trabalho de parto e nascimento, como experiência positiva, gratificante, fantástica. Das mulheres que os filhos nasceram por cesariana, referem ser uma experiência positiva, embora os sentimentos verbalizados relativamente a esta experiência não são tão entusiastas.

O significado que atribuem ao trabalho de parto e nascimento referem-se a estes dois momentos como experiências positivas e únicas. Esta experiência positiva está fortemente ligada na maioria das mulheres entrevistadas, com a duração (tempo) que estiveram em trabalho de parto. Sendo que quanto menor tempo, maior a satisfação.

Todas as mulheres entrevistadas referem, que o seu comportamento em trabalho de parto e nascimento foi o comportamento ajustado ao momento.

As questões da paridade são evidentes que as primíparas demonstram maiores níveis de medo/ansiedade relativamente ao trabalho de parto e nascimento que as múltiparas, aliás, esta já não se refere a medo do trabalho de parto e nascimento, mas sim a ansiedade por não saber e não poder controlar o desfecho dos acontecimentos (Corbett, 2008).

Deste modo, a opção metodológica por uma investigação qualitativa com uma abordagem descritiva utilizada na realização deste estudo pareceu-nos apresentar-se como a mais adequada, na medida em que se propôs uma descrição sobre as experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento, o que nos parece ter resultado. No entanto, este estudo, dado as suas características e especificidade não permite generalizações, pois estamos conscientes que este se cinge a esta realidade na descrição de uma forma particular.

Analisando sobre a possível relação entre a história obstétrica e a experiência da mulher, percebemos que as mulheres que recebem informações corretas em relação ao parto e se preparam para ele, referem estar mais tranquilas e seguras, tornando-se protagonistas do seu parto. Também nos parece importante referir que as experiências anteriores de gravidez e aborto são elementos importantes, que influenciam a mulher e que condicionam as necessidades de aprendizagem na gravidez atual.

As atitudes dos profissionais de saúde e experiência vivenciada pela mulher, constatamos que a segurança, a calma e a tranquilidade da parturiente estavam relacionadas com o atendimento e o relacionamento interpessoal com os membros da equipe de saúde durante o trabalho de parto. Permitindo desse modo liberdade à mulher para colocar dúvidas e exprimir os seus sentimentos e com isso facilitar o nascimento Coutinho (2000, p. 24).

O relacionamento da mulher com os profissionais de saúde é tido como um dos fatores que mais afetam a memória das mulheres em relação à experiência do trabalho de parto e nascimento. Verificamos também que as maiores das mulheres valorizam e apreciam os esforços realizados pelos profissionais de saúde para preservar a privacidade e o pudor (Corbett, 2008).

Identificar esses fatores que influenciam a experiência da mulher em trabalho de parto e nascimento, é uma etapa elementar para a organização dos serviços de saúde na área da maternidade, voltada para as necessidades da mulher. Acreditamos que os resultados deste estudo, apesar das limitações já referidas, podem ter contribuído para esse debate, levantando questões que precisam ser aprofundadas em pesquisas futuras.

Cordeiro (citado por Bento 1992, p. 48), refere que a preparação física e psíquica da mulher grávida contribui decisivamente para eliminar, ou pelo menos, diminuir a expectativa ansiosa que a assola toda a mulher grávida. Se for dada à futura mãe a possibilidade de conhecer o funcionamento do seu corpo, ela encontrar-se-á em situação de colaborar com a equipe de saúde, reduzindo assim grande parte da tensão corporal e psicológica, do que resulta um parto mais fácil e menos doloroso. Ou seja quando a mãe é preparada física e psicologicamente, contribui melhor, para uma atitude de maior tranquilidade e para um comportamento adequado durante o trabalho de parto.

Também Figueiredo, citado por Bento (1992, p. 49) refere que, os cursos de educação, a confiança na preparação do parto, o apoio de pessoa significativa como o marido, aumentariam a confiança e diminuiriam a medicação, dor e ansiedade. Perante o trabalho de parto e nascimento a resposta emocional que normalmente a mulher exhibe é a ansiedade e/ou medo, o que por si só aumenta a dor.

O controlo ou diminuição da dor do trabalho de parto e nascimento propriamente dito, auxiliam a mulher e seu acompanhante a participar mais ativamente no nascimento da criança, proporcionando um relacionamento positivo com a criança, aumentando a autoestima feminina. (Burroughs, 1995, p. 174).

Ankrett (1992 citado por Couto, 2006, p. 61) definiu a preparação para o parto como “um programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e companheiros que encoraja a participação ativa no processo de parto”. Essa aprendizagem deve ser realizada de forma progressiva, coerente, de acordo com o nível cultural e compreensão da mulher.

Segundo Couto (2006), a preparação para o parto emerge como um elemento que visa equilibrar não só a mulher como protagonista da sua gravidez e do seu trabalho de parto e nascimento, como o próprio profissional de saúde, enquanto meio utilizado pela comunidade para um fim, viver uma gravidez saudável e harmoniosa, culminando num parto participado, informado, controlado e exultante por parte da mulher.

Para Oliveira et al. (2001, p. 56), “...as atitudes dos profissionais que integram o mundo da maternidade são fundamentais para a prevenção da PTSD e humanização do cuidado. Atitudes que levam o profissional a estar aberto e disponível ao diálogo, às mudanças, a compartilhar conhecimentos, à incorporação de novos conhecimentos oriundos de outras disciplinas, ou seja, a uma atitude interdisciplinar.

Os profissionais devem falar a mesma linguagem, não se contradizerem, e complementarem-se; não tomarem atitudes opostas e, conseqüentemente todos os aspetos se reflete na qualidade da experiência de parir, uma vez que a mulher/parturiente e a família percebem e sentem-se mais tranquilas e seguras. “Enfim, a interdisciplinaridade humaniza a equipa e, conseqüentemente, a assistência.” Referindo-se à evolução tecnológica da obstetrícia, Maldonado (2002) ressalta que a realização de uma assistência cada vez mais sofisticada no pré-parto e período perinatal, reduz ao mínimo os riscos materno e fetal.

As orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) relativamente ao parto “humanizado” preconizam três áreas fundamentais de atuação: o pré-natal, o trabalho de parto e o pós-parto. Humanizar, “é o desenvolvimento de algumas características essenciais ao ser humano, entre elas as que se fazem urgentes e necessárias em todos os aspetos (Anonymous, 1985; Wagner, 1994; OMS, 1996; Enkin, 2000)”.

“A sensibilidade, o respeito e a solidariedade” (Zampiere, 1999). Deste modo, a conduta dos profissionais de saúde especializados deve ter em conta a informação adequada da mulher para planear onde e como o nascimento será assistido, deve manter uma monitorização rigorosa do grau de risco durante a gestação e a monitorização do bem-estar físico e emocional da mulher.

O respeito pelas escolhas informadas e conscientes da mulher deverá estar sempre presente, assim como reforçar informações sempre que se mostre necessário. Colman e Colman,

citados por Coutinho (2000, p. 24), referem que “atendendo a que o parto é o culminar da gravidez, parece correto que a experiência da gravidez devesse acabar tal como começa num momento íntimo, partilhado entre um homem e uma mulher que estão a criar juntos uma vida”.

A grande vantagem da preparação para o parto é a de aumentar a segurança, a tranquilidade, e a confiança da mulher para o momento do nascimento. Ensinar a mulher a ter um papel ativo no parto é um dos desafios. A compreensão da evolução do trabalho de parto e nascimento implica a interiorização de estratégias que facilitam o seu mecanismo (Couto 2006).

O recurso frequente á analgesia epidural, leva a que haja uma diminuição das sensações no parto, o que pode dificultar a capacidade da mulher em reconhecer como agir em determinadas fases do trabalho de parto, nomeadamente no período expulsivo. Dai a importância das aulas de preparação para o parto, onde a mulher antecipadamente aprender a “puxar” sem ter presente o estímulo da contração (Stark, 2003).

Vários são os fatores relevantes que determinam a experiência do parto, entre os quais o tipo de parto e de anestesia usada. O parto com anestesia epidural, geralmente, é experimentado de forma mais positiva, diferente do parto cirúrgico (cesariana) que reúne menor satisfação com a experiência e está associado a mais sentimentos de perda e fracasso, assim como baixa autoestima e surgimento de perturbações de humor pós-parto (Costa, Figueiredo, Pacheco, & Pais, 2003).

VI. Conclusão

O presente estudo permitiu-nos verificar a existência da relação entre as expectativas de auto-eficácia no desenvolvimento da perturbação de Stresse Pós-traumático, em mulheres com filhos recém-nascidas.

Assim o nosso estudo teve por objetivo a validação de uma escala de atuação clínica - Escala de Evento Traumático – Parto (TES) (*Traumatic Event Scale*, de Wijma, 1999, 2012) – com o propósito de avaliar a presença de sintomas de stresse pós-traumático relacionado com o parto, em mulheres com filhos recém-nascidos. Esta validação foi feita com uma amostra de 150 mulheres, na Maternidade Augusto Ngangula, em Luanda.

O resultado da afetação diária das parturientes pós-parto, foram os seguintes: 31.3% (n=47) se manteve como era antes do seu parto, 20% (n=30) houve alguma alteração, no entanto, realça-se a maior escala de afetação, ou seja, 25.3% (n=38) das mães ficaram com a vida completamente afectadas. Resumindo cerca 68.7% das parturientes ficaram com uma vida psicologicamente afectada.

Veficau-se que 1/5 das parturientes possuem este sentimento há um ano, 30.7% há dois anos, 24% há três anos, 10.7% há quatro anos e por fim uma participante “carrega” este sentimento há 7 anos.

Usámos o critério de Kaiser – Meyer – Olkin (K.M.O). Para a interpretação das componentes da matriz de correlação, o método de rotação foi o Varimax. 78% (n=117) foi parto por via natural (eutócito), seguindo-se a cesariana de urgência (13.3%, n = 20), a cesariana programada (8%, n = 12) e, (0.7%, n = 1).

Participantes com partos eutócitos, a maioria demorou menos de 3 horas (n = 89, 59.33%). Cesarianas (programadas e de urgência), 81.25% dos casos (n= 26), o tempo de trabalho de parto não excedeu uma hora. Em cerca de 80% dos casos (n=112), no estudo, foram entrevistadas 150 mulheres que haviam dado à luz recentemente, sendo que 80% delas não fizeram uso de medicamentos para diminuir a dor. verificamos que 47 (31.33%) tiveram o seu primeiro filho, e 103 (68.67%) já tinham outro (s) filho (s). 45% (n= 67) são domésticas e 18% são estudantes (n= 27), o que representa na totalidade da amostra 63% . 61.4% (n= 92) são casadas ou vive maritalmente. Cinquenta e oito (38.7%) são solteiras.

Avariação total da rotação dos factores é de 56,78% proximamente. Quanto às conclusões relativas ao cálculo alfa de Cronbach, verificou-se a confiabilidade do TES (17 itens

de sintoma) foi estimada por meio de Cronbach α (0,88) indicando uma consistência de fiabilidade bastante elevada.

A relevância dos nossos resultados pode permitir que a Escala de Evento Traumático – Parto sirva como instrumento psicométrico para a avaliação de sintomas e eventual diagnóstico de PTSD, nas mulheres angolanas que acabaram de dar à luz, daí a importância da validação do TES, considerarmos também que é um tema de extrema relevância para a sociedade, principalmente para a área da Psicologia Clínica e Saúde.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a falta de psicólogos na maternidade, pouco ou nenhum conhecimento da PTSD no pessoal de saúde, a falta de estudos publicados em Angola sobre o tema ou a falta de estudos com o mesmo objectivo deste estudo e com a mesma população alvo, limitou fortemente em termos de revisão de literatura e de comparação de resultados com outros estudos realizados.

Assim propomos sobre a importância de haver equipa multidisciplinar a fim de prestar assistência às mulheres no periparto, e que se tenham maior atenção ao parto traumático.

Que a equipa hospitalar que acompanha mulheres no pós-parto sejam humanos, estejam atentos à sua condição emocional e que busquem investigar qual a percepção que as mesmas tiveram a respeito do seu parto. O estado emocional da mulher durante e no pós o parto deve merecer atenção tanto os aspectos físicos como os psicológicos.

Pedimos que se faça mais pesquisas sobre a PTSD e o parto, contribuindo para que a perturbação de stress pós-traumático seja vista de uma forma mais rigorosa, e com a validação de um questionário para a população em causa vai permitir um melhor acompanhamento de cada paciente nas unidades Hospitalares.

Observamos que pacientes primíparas, com gestação de alto risco, as que já sofreram algum trauma em partos anteriores tais como: cesariana de emergência, procedimentos obstétricos como fórceps, complicações médicas, as que os bebés tiveram intercorrência ou outro procedimento qualquer são mais vulneráveis para desenvolver a PTSD.

Recomendamos ainda que haja um atendimento humano e de qualidade no periparto das maternidades do nosso país, pós a atenção da equipa médica pode prevenir eventos traumáticos, o apoio psicológico e de aconselhamento logo após o acontecimento traumático é capaz de diminuir o impacto do trauma e aumentar a confiança da mulher no tocante a partos futuros e reduzir a PTSD.

Acreditamos que esta “pequena parte do nosso estudo possa incentivar o interesse de se fazer outros estudos; demos mais um passo no aprofundamento da compreensão sobre a perturbação do stresse pós-traumático do parto”.

Referência bibliográfica

- Ahluvala, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, M., & Alves, C. (2003). Perturbação do Stresse (PTSD). Avaliação de ocorrências na População adulta Portuguesa. 16: 309-320.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, M., & Alves, C. (2003). Perturbação do Stresse (PTSD). Avaliação de ocorrências na População adulta Portuguesa. 16: 309-320.
- Alehagen, S., Wijma, K., Lundberg, U., Melin, B., & Wijma, B. (2001). Catecholamine and cortisol reaction to childbirth. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8(1), 50-65.
- Almeida, M. L. B. D. (2012). Prevalência de stresse pós-traumático em equipas de resgate: uma revisão sistemática. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 220-237.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR; Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: 5ª edição revista (DSM V). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association; 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th edn revised. Washington: APA.
- Anástase, N e Urbina, A. (2000). Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: estresse pós-traumático, neuroticíssimo e apoio social. *Contextos Clínicos*,
- Andrade, L.H.S.G; viana, M.C; silveira, C.M. (2009). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v.33, n.2,p. 43-54.
- Arieh, Y. Shalev, M. D. (2009). Prevenção do transtorno de estresse pós-traumático por telefone baseado em comportamento cognitivo Terapia. 02-6725833 29 Rivka St. Talpiot, Jerusalém -91010, Israel.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ayers, S. e A. Pickering. (2001). "As mulheres sofrem de transtorno de estresse pós-traumático Resultado do parto? Um estudo prospectivo de incidência ". *Nascimento 2* : 111-118.
- Baião, T. (2008). Estudo do PTSD em mulheres vítimas de maus tratos. Trabalho de fim de curso, apresentado para obtenção do grau de Licenciada em Ciências da Educação: opção Psicologia. Lubango: ISCED.
- Barreto, A. & Oliveira, Z. (2010) O ser mãe: Expectativas de primigestas. *Rev. Saúde.Com*; 6 (1) pp. 9-23.

Bastos M.H, McCourt C. (2010). Morbidity during the Postnatal Period: Impact on Women and Society In: Byrom S, Edwards G, Bick D. Essential Midwifery Practice: Postnatal Care. London: WileyBlackwell; p. 12631.

Beaton, J., Gupton, A. (1990). Childbirth expectations: a qualitative analysis – Midwifery, 6, 133-139.

Beck, C.T. (2004). Predictors of postpartum depression: an update. Nursing Research, Chapel Hill, Carolina do Norte, v. 50, n. 5, p. 275-285.

Beck, C.T.; Gable, R. K. Postpartum Depression Screening Scale: Development and Psychometric Testing. Nursing Research, Chapel Hill, Carolina do Norte. 49, n. 5, p. 272-282, 2000.

Bento, V. E. S. (1992b). A “Psicologia de grupo e a análise do ego (1921)” de Freud e uma introdução à psicanálise da toxicomania da paixão em Freud. Documenta CRP-08, 2 (3), 109-124

Bernstein D. P., Ahluwalia T., Pogge D., & Handelsman L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36(3), 340-348.

Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). Características da investigação qualitativa. In: Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto, Porto Editora, p.47- 51

Bolton P. (2001). Cross-cultural e testes de confiabilidade de um instrumento de avaliação psiquiátrica padrão sem um padrão-ouro. J Nerv Ment Dis; 189: 238-242.

Boni V, Quaresma SJ. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC; 2:68-80.

Born, M. (2005) Psicologia da Delinquência, 1ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa.

Boudreau, M.; Gefen, D, S., Detmar W. (2001). Validation in IS Research: A State-of-the-Art Assessment. MIS Quarterly, p. 1-24, March.

Brewer, J.; Hunter, A. (2006). Foundations of multimethod research. Thousand Oaks: Sage.

Brewin C. R., Dalgleish T., & Joseph S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. Psychological Review, 103 (4), 670-686.

British Journal of Midwifery, 19 (4), pp.215-220.

Brown, D. & Fromm, E. (1985). Hipnosis and Post-traumatic stress disorders. London: Lawrence Erlbaum Associates.

Brüggemann, O. M.; Parpinelli, Mary A.; Osis, M. J. D. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura – *Cadernos Saúde Pública*, 21 (5): 1316-1327.

Bryman, A. e D. Cramer (2003), *Análise de Dados em Ciências Sociais – Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS para Windows*, Lisboa, Celta (3ª edição).

Burroughs, A. (1995). *Uma Introdução à Enfermagem Materna* (6.ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Camacho R.S, Cantinelli F.S, Ribeiro C.S, Cantilino A, Gonsales B.K, Braguittoni E, Rennó Junior R. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiqui Clín.* 33 (2): 92102.

Câmara F, J. W. S., & Sougey E. B. (2001) Transtorno de Estresse Pós-Traumático Formulação Diagnóstica e Questões sobre Comorbidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (4), 221-228.

Canavarro, M.C. (2006). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI. In M.R. Simões, M. Gonçalves, L.S. Almeida (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, vol. II, 87-109. Braga: SHO / APPORT.

Cantilino, A; zambaldi, C.F.; Sourgey, E.B; Renno JR, J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.36, n.6, p.278-284.

Carey, P.D., Stein, D.J., Zungu-Dirwayi, N. L. (2003). Trauma e transtorno de estresse pós-traumático em uma população urbana de atendimento primário Xhosa: prevalência, comorbidade e padrões de uso de serviços; *J Nerv Ment Dis*; 191: 230-236.

Carpenito-Moyet, L. (2012) *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. 13ª

CCF- Angola (1995). *Estudo do Grau de Exposição e do Impacto da Guerra sobre as Crianças em Angola*. Luanda: Edição do Autor CCF- Angola (2002). *Paz é brincar à vontade: Como as Crianças Vivem a Guerra em Angola*. Luanda: Edição do Autor.

Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (2007). *Research methods in education*. London: Routledge.

Colman, L.L. & Colman, A.D. (1991). *Pregnancy – The Psychological Experience*. Revised and expanded edition. The Noonday Press: Nova Iorque.

Começanha, R., & Maia, A. (2011); Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social. *Contextos Clínicos*, 4 (2), 123-131.

Corbett, R. W. (2008) – Cuidados de Enfermagem durante a Gravidez. In: Lowdermilk, D. L; Perry, S. E. – Enfermagem na Maternidade (pp.245-303). Loures: Lusodidacta. 7.^a Ed. ISBN 978-989-8075-16-1.

Costa, J. B.da., Marcon, S. S., & Rossi, R. M. (2012). Transtorno de stresse pós-traumático e a presença de recordações referentes à unidade de terapia intensiva. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61 (1), 13-19.

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003a) Parto: Expectativas, experiência, Dor e Satisfação. *Psicologia: Saúde e Doença*, 4 (1), 47-67.

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003a) Parto: Expectativas, Experiência, Dor e Satisfação. *Psicologia: Saúde & Doença*, 4 (1), 47-67.

Costa, R.; Figueiredo, B.; Pacheco, A.; Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP) - *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1): 159-187.

Costa, R.; Figueiredo, B.; Pacheco, A.; Pais, A. (2005). Questionário de Antecipação do Parto (QAP) - *Psicologia, Saúde & Doenças*, 38: 265-295.

Coutinho E.S.F, Almeida Filho N, Mari J.J. (2000). Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiq Clin (São Paulo)*; 26 (5):24656.

Couto, G. (2006) - Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 14, nº 2, p. 190-198.

Creedy, D., I. Shochet, et ai. (2000). "Parto e desenvolvimento de trauma agudo Sintomas " . *Nascimento* 27 (2): 104-111.

Cronbach, L. J.; Meehl, P. E. (1955). Validade de construto em testes psicológicos. *Psychological Bulletin*, v. 52 , p. 281-302.

Cronin, C. (2003).First-time mothers: identifying their needs, perceptions and experiences – *Journal of Clinical Nursing*, 12: 260-267.

Cumbelembe, A. & Ventura, M. (2009). O PTSD em Crianças angolanas órfãs de guerra. In 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa, Braga.

Cunha, S. (2007). Distúrbio de stresse pós-traumático em acidentes de viação: consequências psicológicas. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro, Aveiro. Consultado em 24 de Janeiro de 2015 através.

Cunha, S. (2007). Distúrbio de stresse pós-traumático em acidentes de viação: consequências psicológicas. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro, Aveiro.Consultado em 24 de Julho de 2015

através <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4745/1/2007001021.pdf>. Czarnocka, J. & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress following childbirth. *The British Journal of Clinical Psychology*, 39, 35-51.

Czarnocka, J. e P. Slade (2000). "Prevalência e preditores de estresse pós-traumático Sintomas após o parto." *British Journal of Clinical Psychology* 39 : 35-51.

Deitra Leonard Lowdermilk, Shannon E. Perry. (2008). Cuidados de enfermagem durante o parto - Loures: Lusodidacta, - ISBN 978-989-8071-16-1. - p. 861-891

Denis, A., Parant, O. & Callahan, S. (2011). Desordem de stress pós-traumático relacionado com nascimento: um estudo longitudinal prospetivo em uma população francesa *Journal of Reprodutível e Psicologia infantil* (2), 29, 125-135.

Duarte, E. A. (2002). Teoria geral do crime no ordenamento jurídico brasileiro. Campo Grande: UCDB.

Duarte, J. C. (2011) – Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Dulude, D., Bélanger, C., Wright, J. & Sabourin, S. (2002). High-risk pregnancies, psychological distress and dyadic adjustment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*.

Ehlers & Clark, A. (2000). Emoções na gravidez: um estudo prospetivo. *RBAC*, vol. 40, nº2, pg.11-113.

Elmir, R., Schmied, V., Wilkes L., Jackson, D. (2010). "Perceções das mulheres e experiências de um nascimento traumático: uma meta-etnografia". *J Adv Nurs* 66 (10): 2142-53. Doi: 10.1111 / j.1365-2648.2010.05391.x PMID 20636467.

Emmerik A. A. P., Schoorl M., Emmelkamp P. M. G., & Kamphuis J. H. (2006) Psychometric evaluation of the Dutch version of the posttraumatic cognitions inventory (PTCI). *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1053-1065.

Enkin, M.; Keirse, M. J. N. C.; Neilson J.; Duley, C. C. L. D.; Hodnett e.; Hofmeyr J. (2000). *Aguide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University.

Fatoye, F. O; Adeyemi, A. B, & Oladimeji, B. (2004). Emotional distress and its correlates among Nigerian women in late pregnancy. *J Obstet Gynecol*, 24, 504-509.

Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bays, S. & Hauck, Y. (2009) Pre- and postpartum

Fenwick, J.; Downie, J.; Butt, J. (2005). The Childbirth Expectations of a selected cohort of Western Australian women – Midwifery, 21 (1): 23-35.

Ferreira, V. R. de M (2007). *Psicologia econômica: origens, modelos, propostas*. 327 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Figueiredo, J. V.; Freitas, L. V.; Lima, T. M.; Oliveira, A. S.; Damasceno, A. K de C. (2010) – Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania. *Enfermagem em Foco*. 1 (3), 124-128.

Fisher, J., & Ogden, P. (2009). Sensorimotor psychotherapy. In C. Courtois & J. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence based guide* (pp. 312–328). New York: Guilford.

Foa E. B., Ehlers A., Clark D. M., Tolin D. F., & Orsillo S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Invent 11 (3), 303-314.

Fonseca, F & Ventura, M. (2008). Estudo do PTSD em Militares de acordo com o Grau de Exposição à Guerra. In *Investigação aplicada ao ensino da Psicologia: Estudos sobre PTSD em grupos de risco em Angola*. Lubango: Centro Universitário da Huíla.

Fortin, L. & Bigras, M. (2002). La résilience des enfants, facteurs de risque, de protection. In *Pratiques Psychologiques*, 1, pp 49-63.

Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: Da conceptualização à realização*. 3ªed. Loures: Lusociência. (Tradução do original em francês *Le processus de la recherche: De la conception à la réalisation*. Décarie Éditeur Inc., 1996).

Fortin, M. F. (2009a.) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures:

Fortin, M. F. (2009b) *O processo de investigação: da concepção à realização*. 5ª edição. Loures: Lusociência.

Freedman, S., Yael, A., Moran G. (2012). .Period prevalence rates of specific mental disorders in an Icelandic cohort. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol*. 3-4859.

Freitas, A. Parto: Expectativas, experiência, Dor e Satisfação. *Psicologia: Saúde e Doença*, 4 (1), 47-67. 2003.

Garland, A. (2008). Situações traumáticas durante a gestação e suas consequências sobre o peso do recém-nascido. *Revista colombiana de obstetrícia y ginecologia*. Vol.59, nº.2,p.103-110,2008.

Garver, M. S.; Mentzer, J. T. (1999). Logistics research methods: Employing structural equation modeling to test for construct validity. *Journal of Business Logistics*, v. 20, n. 1, p.33-57.

Gibbins, Jo; Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of Childbirth – Midwifery, 17(4): 302-31.

- Gressler, L. A. (2004). *Introdução a Pesquisa: projetos e relatórios*. São Paulo: Loyola.
- Gressler, L. A. (2004). *Introdução a Pesquisa: projetos e relatórios*. São Paulo: Loyola.
- Gutteling, B. M., Weerth, C., Zandbelt, N., Mulder, E.J.H., Visser, G.H.A., Buitelaar, J.K. (2006). Does Maternal prenatal stress adversely affect the child's learning and memory at age six? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34; 789-798.
- Haguet, T.M.F. (1987) *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Petropolis: Vozes.
- Haines, H., Pallant, J., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2011) Cross-cultural comparison of
- Hair J., Joseph F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Han, G., Kaminski, P. & Huynh, J. (2010). Adult Attachment Patterns, Images of Self and Religious Faith: Mediators of Traumatic Experience and Affect-Behavior Regulations. In APA Convention, S. Diego, USA.
- Herdman M., Fox-Rushby J., & Badia X. (1997). 'Equivalence' adaptation of health-related quality of life questionnaires. 6(3), 237-247.
- Herdman M., Fox-Rushby J., & Badia X. (1998). A model of eqadaptation of HRQoL instruments: the Universalist approach. 7(4), 323-335.
- Janoff-Bulman R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new ps York*: Free Press.
- Jellinek, G. (1960). Prevalence and predictors of post-traumatic stress following childbirth. *The British's Journal of Clinical Psychology*. 1960. P 39, 35-51.
- Johnson, R.A.; Wichern, D. W. (1999). *Applied multivariate statistical analysis*. 4th ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall. 815 p.
- Kaplan, H. I; Sadock B. J; Grebb J. A. (2003). O relacionamento médico-paciente e técnicas de entrevista. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Kasai, K.E. (2008). Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital – Midwifery, doi:10.1016/j.midw.2008.08.001.
- Kessler, RC, e Ustun, TB (Eds.). (2008) *As Pesquisas Mundial da Saúde Mental da OMS: Perspetivas globais sobre a epidemiologia dos transtornos mentais*. Nova Iorque: Cambridge University Press, 1-580.
- Knapp W. P., & Caminha R. M. (2003). *Terapia Cognitiva do Traumático*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 12 (1), 31-36.

Kristensen C. H., Parente M. A. M. P., & Kaszniak A. W. (2005). Traumático: Critérios diagnósticos, prevalência e avaliação Transtornos do stresse Pós-Traumático (TEPT): Da cognitiva (pp. 15-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lakatos, E. M.; Marconi, M. de A. - (2003). Fundamentos de metodologia científica. 4.ed., São Paulo, Atlas, 288p.

Laplanche e Pontalis, T. (1973). Recomendações nutricionais na gestação. Revista destaques acadêmicos, ano 2, nº.

Lavender, T.; Walkinshaw, S., Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience – Midwifery, 15: 40-46.

Leeds, L. & Hargreaves, I., (2008). As consequências psicológicas do parto. Journal of Reproductive e Psicologia infantil, 26 (2), 108-122.

levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. Journal of Clinic Nursing, 18, pp.667-677.

levels of childbirth-related fear in Australian and Swedish sample. Midwifery,. 27, pp.560-

Lowdermilk, D. (2008). Cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. In D. Lowdermilk & S. Perry (Ed.), Enfermagem na maternidade. (7ª ed.). (pp. 414-477). Loures: Lusociência.

Ludkiewicz, H. F. F. (2008). Processo para a tomada de decisão estratégica: um estudo de caso na parceria banco e varejista. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://citrus.uspnet.usp.br/ingtec/uploads/8f6c036-a96-cb9c.pdf>>. Acesso em: 13 de Setembro de 2016.

Lusodidacta.

Maggioni, C., D. Margola, et al. (2006). "PTSD, fatores de risco e expectativas entre Mulheres com um bebê: um estudo longitudinal de duas ondas. "Journal of Psychosomatic Obstetrícia e Ginecologia 27 (2): 81-90.

Maldonado, Maria T. (2002). Psicologia da Gravidez – parto e puerpério. 16ªed. São Paulo: Saraiva.

Mandriz, I. (2008). Estudo do PTSD em Mutilados de Guerra. Trabalho apresentado para obtenção de grau de licenciado em Ciências da Educação- Opção Psicologia. Lubango: ISCED.

Marlat, J. (1973). Pregnancy – The Psychological Experience. Revised and expanded edition. The Noonday Press: New York.

Mid, J.K. Does. (1990). Maternal prenatal stress adversely affect the child's learning and memory at age six? Journal of Abnormal Child Psychology. p34; 789-798.

Monforte, M. F. M.; Mineiro, A. L. S. (Jan. 2006) – As vivências da mulher durante a gravidez. *Nursing*. 16 (2006), 17-23.

Monteiro-Ferreira, (2003). Trauma e Coping: natureza e curso de um processo. In *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.

Moreira, J. (2004) *Questionários: Teoria e prática*. 1ª Edição. Coimbra: Livraria Almedina.

Moreira, M. A. & Masini, E. A. S. (2006). *Fundamentos de metodologia científica* Ausubel. 2ª ed. São Paulo: Centauro Editora.

Moroco, J. (2003) *Análise Estatística com utilização do SPSS*, Lisboa, Edições Sílabo, 3ª edição.

Murthy, D. (2008). Digital Ethnography: An Examination of the Use of New Technologies for Social Research. *Sociology*, 42 (5), 837-855. Consultado em 20 dezembro de 2016 em <http://dx.doi.org/10.1177/0038038508094565>.

Musisi S. (2005). Guerra e saúde mental em África. Em: Njenga FG, Acuda W, Patel V, editores. *Essenciais da psiquiatria clínica para a África subsaariana*. Milão.

Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2004). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry*, 4, 34. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-4-34>

Ngueve, A. (2012). *Estudo da Avaliação do PTSD e do grau e Ansiedade em Militares com Diagnóstico de Tuberculose Pulmonar*. Trabalho apresentado para a obtenção do grau de Licenciado em Psicologia Clínica. Lubango: ISPT.

Niven, K., Sprigg, C. A., & Armitage, C. J. (2013). Does emotion regulation protect employees from the negative effects of workplace aggression? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22, 88 – 106.

Njau JW. (2005). *Transtorno de estresse pós-traumático entre os chefes de domicílios de sobreviventes de confrontos étnicos na Província do Vale do Rift, Quênia: um estudo comparativo*. Tese. Universidade de Nairobi.

of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, of childbirth. *Midwifery*, 26, pp.327-337.

Oliveira, T. M. V. (2001). *Escala de Mensuração de Atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert*. *Administração On-line*, 2 (2).

Organização Mundial da Saúde. (1996). Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra (SUI).

Otley, H. (2011) Fear of childbirth: understanding the causes, impact and treatment.

Oweis, A.I. (2001). Relationships among the situational variables of perceived stress of the childbirth experience, perceived length and perceived difficulty of labor, selected personal variables, perceived nursing support and postpartum depression in primiparous Jordanian women living in Jordan. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 62(2-B), 783.

Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2004). Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez. Revista Portuguesa de Psicossomática, 6 (2).

Pasquali L. (2000). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. In: Gores Andrade L, Zuardi A (eds.) Escalas de avaliação clínica em psíquia psicofarmacologia (pp. 15-21). São Paulo: Lemos.

Pereira, B. (2005). Avaliação de depressão em gestantes de alto risco em um grupo de acompanhamento. Interação em psicologia. Vol.9, nº. 1,p.155-163.

Pereira, F. (2012). O trauma na gestação. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Pereira, M.G. (2003). Impact do Stress Traumático na Família: Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD) . In Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção. Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, R; Franco, S., & Baldin, N. (2011) A dor e o protagonismo da mulher na parturição. Revista Brasileira de Anestesiologia, 61 (3), pp.376-388.

Pestana G. (2003). Análise de Dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS, Lisboa, Sílabo, 3ª edição: 504.

Pham P.N., Weinstein H.M., Longman T. (2004).Trauma e sintomas de PTSD em Rwanda: implicações para atitudes para a justiça e a reconciliação. JAMA; 292: 602-612.

Pierrehumbert, B.; Nicole, A.; Muller-Nix, C.; Forcada-Guex, M.; Ansermet. F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. Archives of Disease in Childhood. (5):400–404.

Reichenheim M. E., Moraes C. L., & Hasselmann M. (2000). Semantic equivalence Portuguese version of the Abuse Assessment Screen tool used for the scree violence against pregnant women. Revista de Saúde Pública, 34 (6), 610-626.

Reichenheim M.E, Klein R, Moraes CL. (2007). Assessing the physical violence component of the Revised Conflict Tactics Scales when used in heterosexual couples: an item response theory analysis. *Cad Saúde Pública*; 23:53-62.

Reis, E., (1990). *Análise factorial das componentes principais: um método de reduzir sem perder informação*, Lisboa Giesta/Iscte.

Resick P. A., Schnicke M. K., & Markway B. G. (1991). The relationship between cotent and posttraumatic stresse disorder. In *Annual meeting of the associate Advancement of Behavior Therapy*, New York, USA.

Riggs & Foa. (2004). *Perigos nas gestantes*. 11^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Salomonsson, B, Wijma, K , & Alehagen, S. (2010) Swedish midwives' perceptions of fear

Severino, A. J. (2006). *Pós-graduação e pesquisa: o processo de produção e de sistematização do conhecimento no campo educacional*.

Shelley, X. (2010). Mortalidade materna por eclâmpsia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, vol.10, n° 2, p.209-217.

Silva, J. R.; Silva, R. L.; Pinheiro, T. X. A. (2013) – Aprimoramento do grupo de gestantes da comunidade de morada de Fé – Macaíba/RN. *Extensão e Sociedade*. Ano 4, 1(6).

Silva, L. F; Alves, F. (2003). *A saúde das mulheres em Portugal*. Coleção Textos/37. Porto: Edições Afrontamento, 155 p. ISBN: 972-36-0614-3.

Simkin, P. (2006). What Makes a Good Birth and why does it Matter – *International Journal of Childbirth Education*, 21 (3): 7-8.

Sitta A, Vanzin C.S, Biancini G.B, Manfredini V, De Oliveira AB, Wayhs CAY.(2011). Evidence that L-carnitine and selenium supplementation reduces oxidative stresse in phenylketonuric patients. *Cell Mol Neurobiol*. 2011; 31:429–436.

Soet, J.; Brack, G. A.; Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth – *Birth*, 30 (1): 26-46.

Sorte, F.& Ventura,M. (2008). Estudo do PTSD e da Resiliência nas Crianças da Esola “Mandume”. In *investigação aplicada ao ensino da Psicologia: Estudos sobre PTSD em grupos de risco em Angola*. Lubango: Centro Universitário da Huíla.

Ventura, M. (2003). *O Stress Traumático e suas Sequelas nos Adolescentes do Sul de Angola*. Luanda: Editorial Nzila.

Sotto-Mayor, I. M. B. de; Piccinini, C. A. (2005). Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico*, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 135-148.

- Spice, K., Jones, S., Hadjistavropoulos, H, Kowalyk, K., & Stewart, S. (2009) Prenatal fear
- Spice, K.; Jones, S. L.; Hadjistavropoulos, H. D.; Kowalyk, K.; Stewart, S. (Set. 2009) – Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 30 (3), 168-174.
- Strauss, J.L, Coeytaux, R., McDuffie, J., Nagi, A., & Williams, J.W (2011). Eficácia de terapias complementares e alternativas para o tratamento pós-traumático Desordem de estresse VA-ESP Projeto # 09.010.
- Summerfield, D. (1999). Uma crítica de sete suposições atrás programas de traumas psicológicos em áreas afectadas pela guerra. *Soc Sci Med*; 48: 1449-1462.
- Tanielian, T. & Jaycox, L. (Eds.). (2008). Feridas invisíveis da guerra: Danos psicológicos e cognitivos, as suas consequências e serviços para ajudar a recuperação. Santa Mónica, CA: RAND Corporation.
- Tornquist, Carmen S. (2003). Paradoxos de humanização em uma maternidade no Brasil – *Cadernos Saúde Pública*, 19 (2): S419.S427.
- Tostes, N. A. (2012) – Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto. Brasília: Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia. 105p. Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population.
- Vaz F. J. (2011). Metodologia da investigação científica. Editorial Piaget. Lisboa.
- Vaz S. A. (2003). O Distúrbio de Stresse Pós-Traumático. Coimbra: Vale & Vale editores.
- Vaz. S. (2004). Conhecimentos e sentimentos de mulheres portadoras de doença hipertensiva específica da gravidez. *Rev.Bras. em promoção de saúde*. Vol.17,nº001, p.21-26,
- Vituri D.W. (2009). Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem [dissertação]. Maringá: Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.
- Walter, Silvana A., Baptista, P. de P.; Augusto, P. O. M. (2008). Visão Baseada em Recursos: uma Análise dos Delineamentos Metodológicos e da Maturidade dessa Abordagem na Área de Estratégia, 32. Rio de Janeiro (RJ). Anais: ANPAD.
- Wijma K, Soderquist J, Wijma B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord*; 11(6):587-97.
- Zampieri, A.M.F. (1999). Sociodrama construtivista da AIDS. Método de construção grupal na educação preventiva da síndrome da imunodeficiência adquirida. Campinas. SP.: Editorial Psy.

Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2001) Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30 (2), pp.75–84-

Zinga E, S. (2008). Estudo do PTSD nos antigos combatentes do MPLA. Trabalho apresentado para obtenção do grau de licenciado em Ciências da Educação: Opção Psicologia. Lubango: ISCED.

Silva, M; Leite, M; Zongo, H; Madureira, C; Peixoto; B. (2015). Angolan Version of INECO Frontal Screening: Psychometric indicators and discriminative capacity in post-traumatic stress disorder. *Revista HCPA Vol 35, No 3*. l <http://seer.ufrgs.br/hcpa> Clin Biomed Res 2015;35(3) 141 Clin Biomed Res. 2015;35(3):141-148 <http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.56913>

Ahluvala, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood

Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, M., & Alves, C. (2003). Perturbação do Stresse (PTSD). Avaliação de ocorrências na População adulta Portuguesa. 16: 309-320.

Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, M., & Alves, C. (2003). Perturbação do Stresse (PTSD). Avaliação de ocorrências na População adulta Portuguesa. 16: 309-320.

Alehagen, S., Wijma, K., Lundberg, U., Melin, B., & Wijma, B. (2001). Catecholamine and cortisol reaction to childbirth. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8(1), 50-65.

Almeida, M. L. B. D. (2012). Prevalência de stresse pós-traumático em equipas de resgate: uma revisão sistemática. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 220-237.

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR; Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed.

American Psychiatric Association. (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: 5ª edição revista (DSM V). Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychiatric Association.; (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th edn revised. Washington: APA.

Anástase, N., e Urbina, A. (2000). Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: estresse pós-traumático, neuroticíssimo e apoio social. *Contextos Clínicos*,

Andrade, L.H.S.G; Vviana, M.C; Ssilveira, C.M. (2009). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v.33, n.2,p. 43-54.

Arieh,Y. Shalev, M. D. (2009). Prevenção do transtorno de estresse pós-traumático por telefone baseado em comportamento cognitivo Terapia. 02-6725833 29 Rivka St. Talpiot, Jerusalém -91010, Israel.

Associação Psiquiátrica Americana. (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (5^a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Ayers, S.; & A. Pickering. (2001). "As mulheres sofrem de transtorno de estresse pós-traumático Resultado do parto? Um estudo prospectivo de incidência ". Nascimento 2 : 111-118.

Baião, T. (2008). Estudo do PTSD em mulheres vítimas de maus tratos. Trabalho de fim de curso, apresentado para obtenção do grau de Licenciada em Ciências da Educação: opção Psicologia. Lubango: ISCED.

Barreto, A. & Oliveira, Z. (2010) O ser mãe: Expectativas de primigestas. Rev. Saúde.Com; 6 (1) pp. 9-23.

Bastos M.H, McCourt C. (2010). Morbidity during the Postnatal Period: Impact on Women and Society In: Byrom S, Edwards G, Bick D. Essential Midwifery Practice: Postnatal Care. London: WileyBlackwell; p. 12631.

Beaton, J., Gupton, A. (1990). Childbirth expectations: a qualitative analysis – Midwifery, 6, 133-139.

Beck, C.T. (2004). Predictors of postpartum depression: an update. Nursing Research, Chapel Hill, Carolina do Norte, v. 50, n. 5, p. 275-285.

Beck, C.T.; Gable, R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: Development and Psychometric Testing. Nursing Research, Chapel Hill, Carolina do Norte. 49, n. 5, p. 272-282, 2000.

Bento, V. E. S. (1992b). A “Psicologia de grupo e a análise do ego (1921) ” de Freud e uma introdução à psicanálise da toxicomania da paixão em Freud. Documenta CRP-08, 2 (3), 109-124

Bernstein D. P., Ahluwalia T., Pogge D., & Handelsman L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36(3), 340-348.

Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). Características da investigação qualitativa. In: Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto, Porto Editora, p.47- 51

Bolton P. (2001). Cross-cultural e testes de confiabilidade de um instrumento de avaliação psiquiátrica padrão sem um padrão-ouro. J Nerv Ment Dis; 189: 238-242.

Boni V, Quaresma SJ. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*; 2:68-80.

Born, M. (2005) *Psicologia da Delinquência*, 1ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa.

Boudreau, M.; Gefen, D, S., Detmar W. (2001). Validation in IS Research: A State-of-the-Art Assessment. *MIS Quarterly*, p. 1-24, March.

Brewer, J.; Hunter, A. (2006). *Foundations of multimethod research*. Thousand Oaks: Sage.

Brewin C. R., Dalgleish T., & Joseph S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103 (4), 670-686.

British Journal of Midwifery, 19 (4), pp.215-220.

Brown, D. & Fromm, E. (1985). *Hipnosis and Post-traumatic stress disorders*. London: Lawrence Erlbaum Associates.

Brüggemann, O. M.; Parpinelli, Mary A.; Osis, M. J. D. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura – *Cadernos Saúde Pública*, 21 (5): 1316-1327.

Bryman, A. e D. Cramer (2003), *Análise de Dados em Ciências Sociais – Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS para Windows*, Lisboa, Celta (3ª edição).

Burroughs, A. (1995). *Uma Introdução à Enfermagem Materna* (6.ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Camacho R.S, Cantinelli F.S, Ribeiro C.S, Cantilino A, Gonsales B.K, Braguittoni E, Rennó Junior R. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiqui Clín.* 33 (2): 92102.

Câmara F, J. W. S., & Sougey E. B. (2001) Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Formulação Diagnóstica e Questões sobre Comorbidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (4), 221-228.

Canavarro, M.C. (2006). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI. In M.R. Simões, M. Gonçalves, L.S. Almeida (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, vol. II, 87-109. Braga: SHO / APPORT.

Cantilino, A; zambaldi, C.F.; Sourgey, E.B; Renno JR, J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.36, n.6, p.278-284.

Carey, P.D., Stein, D.J., Zungu-Dirwayi, N. L. (2003). Trauma e transtorno de estresse pós-traumático em uma população urbana de atendimento primário Xhosa: prevalência, comorbidade e padrões de uso de serviços; *J Nerv Ment Dis*; 191: 230-236.

Carpenito-Moyet, L. (2012) Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica. 13^a

Carvalho R.C. (2011). Funções executivas e satisfação com a vida [dissertação]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.

CCF- Angola (1995). Estudo do Grau de Exposição e do Impacto da Guerra sobre as Crianças em Angola. Luanda: Edição do Autor CCF- Angola (2002). Paz é brincar à vontade: Como as Crianças Vivem a Guerra em Angola. Luanda: Edição do Autor.

Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (2007). Research methods in education. London: Routledge.

Colman, L.L. & Colman, A.D. (1991). Pregnancy – The Psychological Experience. Revised and expanded edition. The Noonday Press: Nova Iorque.

Começanha, R., & Maia, A. (2011); Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social. Contextos Clínicos, 4 (2), 123-131.

Corbett, R. W. (2008) – Cuidados de Enfermagem durante a Gravidez. In: Lowdermilk, D. L; Perry, S. E. – Enfermagem na Maternidade (pp.245-303). Loures: Lusodidacta. 7.^a Ed. ISBN 978-989-8075-16-1.

Costa, J. B.da., Marcon, S. S., & Rossi, R. M. (2012). Transtorno de stresse pós-traumático e a presença de recordações referentes à unidade de terapia intensiva. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 61 (1), 13-19.

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003a) Parto: Expectativas, experiência, Dor e Satisfação. Psicologia: Saúde e Doença, 4 (1), 47-67.

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003a) Parto: Expectativas, Experiência, Dor e Satisfação. Psicologia: Saúde & Doenças, 4 (1), 47-67.

Costa, R.; Figueiredo, B.; Pacheco, A.; Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP) - Psicologia, Saúde & Doenças, 5 (1): 159-187.

Costa, R.; Figueiredo, B.; Pacheco, A.; Pais, A. (2005). Questionário de Antecipação do Parto (QAP) - Psicologia, Saúde & Doenças, 38: 265-295.

Coutinho E.S.F, Almeida Filho N, Mari J.J. (2000). Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. Rev Psiq Clin (São Paulo); 26 (5):24656.

Couto, G. (2006) - Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 14, nº 2, p. 190-198.

Creedy, D., I. Shochet, et al. (2000). "Parto e desenvolvimento de trauma agudo Sintomas". *Nascimento* 27 (2): 104-111.

Cronbach, L. J.; Meehl, P. E. (1955). Validade de construto em testes psicológicos. *Psychological Bulletin*, v. 52, p. 281-302.

Cronin, C. (2003). First-time mothers: identifying their needs, perceptions and experiences – *Journal of Clinical Nursing*, 12: 260-267.

Cumbelembe, A. & Ventura, M. (2009). O PTSD em Crianças angolanas órfãs de guerra. In 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa, Braga.

Cunha, S. (2007). Distúrbio de stresse pós-traumático em acidentes de viação: consequências psicológicas. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro, Aveiro. Consultado em 24 de Janeiro de 2015 através.

Cunha, S. (2007). Distúrbio de stresse pós-traumático em acidentes de viação: consequências psicológicas. Tese de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro, Aveiro. Consultado em 24 de Julho de 2015 através <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4745/1/2007001021.pdf>.

Czarnocka, J. & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress following childbirth. *The British's Journal of Clinical Psychology*, 39, 35-51.

Czarnocka, J. e P. Slade (2000). "Prevalência e preditores de estresse pós-traumático Sintomas após o parto." *British Journal of Clinical Psychology* 39 : 35-51.

Deitra Leonard Lowdermilk, Shannon E. Perry. (2008). Cuidados de enfermagem durante o part - Loures: Lusodidacta, - ISBN 978-989-8071-16-1. - p. 861-891

Denis, A., Parant, O. & Callahan, S. (2011). Desordem stresse pós-traumático relacionado com nascimento: um estudo longitudinal prospetivo em uma população francesa *Journal of Reprodutível e Psicologia infantil* (2), 29, 125-135.

Duarte, E. A. (2002). Teoria geral do crime no ordenamento jurídico brasileiro. Campo Grande: UCDB.

Duarte, J. C. (2011) – Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Dulude, D., Bélanger, C., Wright, J. & Sabourin, S. (2002). High-risk pregnancies, psychological di stresse and dyadic adjustment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*.

Ehlers & Clark, A. (2000). Emoções na gravidez: um estudo prospetivo. *RBAC*, vol. 40, nº2, pg.11-113.

Elmir, R.; Schmied, V.; Wilkes L.; Jackson, D. (2010). "Percepções das mulheres e experiências de um nascimento traumático: uma meta-etnografia". *J Adv Nurs* 66 (10): 2142-53. Doi: 10.1111 / j.1365-2648.2010.05391.x PMID 20636467.

Emmerik A. A. P., Schoorl M., Emmelkamp P. M. G., & Kamphuis J. H. (2006) Psychometric evaluation of the Dutch version of the posttraumatic cognitions inventory (PTCI). *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1053-1065.

Enkin, M.; Keirse, M. J. N. C.; Neilson J.; Duley, C. C. L. D.; Hodnett e.; Hofmeyr J. (2000). *Aguide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University.

Fatoye, F. O; Adeyemi, A. B, & Oladimeji, B. (2004). Emotional di stresse and its correlates among Nigerian women in late pregnancy. *J Obstet Gynecol*, 24, 504-509.

Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bays, S. & Hauck, Y. (2009) Pre- and postpartum
Fenwick, J.; Downie, J.; Butt, J. (2005). The Childbirth Expectations of a selected cohort of Western Australian women – Midwifery, 21 (1): 23-35.

Ferreira, V. R. de M (2007). *Psicologia econômica: origens, modelos, propostas*. 327 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
Figueiredo, J. V.; Freitas, L. V.; Lima, T. M.; Oliveira, A. S.; Damasceno, A. K de C. (2010) – Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma ati- vidade da enfermagem na construção da cidadania. *Enfermagem em Foco*. 1 (3), 124-128.

Fisher, J., & Ogden, P. (2009). Sensorimotor psychotherapy. In C. Courtois & J. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stresse disorders: An evidence based guide* (pp. 312–328). New York: Guilford.

Foa E. B., Ehlers A., Clark D. M., Tolin D. F., & Orsillo S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Invent 11 (3), 303-314.

Fonseca,F & Ventura,M. (2008). Estudo do PTSD em Militares de acordo com o Grau de Exposição à Guerra. In *Investigação aplicada ao ensino da Psicologia: Estudos sobre PTSD em grupos de risco em Angola*. Lubango: Centro Universitário da Huíla.

Fortin, L. & Bigras, M. (2002). La résilience dès enfants, facteurs de risque, de protection. In *Pratiques Psychologiques*, 1, pp 49-63.

Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: Da conceptualização à realização*. 3ªed. Loures: Lusociência. (Tradução do original em francês Le processus de la recherché: De la conception à la réalisation. Décarie Éditeur Inc., 1996).

Fortin, M. F. (2009a.) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures:

Fortin, M. F. (2009b) O processo de investigação: da concepção à realização. 5ª edição. Loures: Lusociência.

Freedman, S., Yael, A., Moran G. (2012). .Period prevalence rates of specific mental disorders in an Icelandic cohort.Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol. 3-4859.

Freitas, A. Parto: Expectativas, experiência, Dor e Satisfação. Psicologia: Saúde e Doença, 4 (1), 47-67. 2003.

Garland, A. (2008). Situações traumáticas durante a gestação e suas consequências sobre o peso do recém-nascido. Revista colombiana de obstetrícia y ginecologia. Vol.59, nº.2,p.103-110,2008.

Garver, M. S.; Mentzer, J. T. (1999). Logistics research methods: Employing structural equation modeling to test for construct validity. Journal of Business Logistics, v. 20, n. 1, p.33-57.

Gibbins, Jo; Thomson, A. M. (2001). Women´s expectations and experiences of Childbirth – Midwifery, 17(4): 302-31.

Gressler, L. A. (2004).Introdução a Pesquisa: projetos e relatórios. São Paulo: Loyola.

Gressler, L. A.(2004). Introdução a Pesquisa: projetos e relatórios. São Paulo: Loyola.

Gutteling, B. M., Weerth, C., Zandbelt, N., Mulder, E.J.H., Visser, G.H.A., Buitelaar, J.K. (2006). Does. Maternal prenatal stresse adversely affect the child's learning and memory at age six? Journal of Abnormal Child Psychology, 34; 789-798.

Haguette, T.M.F. (1987) Metodologias Qualitativas na Sociologia. Petropolis: Vozes.

Haines, H., Pallant, J., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2011) Cross-cultural comparison of

Hair J., Joseph F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., Black, W. C. (2005).Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman.

Han,G., Kaminski, P. & Huynh, J. (2010). Adult Attachment Patterns, Images of Self and Religious Faith: Mediators of Traumatic Experience and Affect-Behavior Regulations. In APA Convention, S. Diego, USA.

Herdman M., Fox-Rushby J., & Badia X. (1997). 'Equivalence' adaptation of health-related quality of life questionnaires. 6(3), 237-247.

Herdman M., Fox-Rushby J., & Badia X. (1998). A model of eqadaptation of HRQoL instruments: the Universalist approach. 7(4), 323-335.

Janoff-Bulman R. (1992). Shattered assumptions: Towards a new ps York: Free Press.

Jellinek, G. (1960). Prevalence and predictors of post-traumatic stress following childbirth. *The British's Journal of Clinical Psychology*. 1960. P 39, 35-51.

Johnson, R.A.; Wichern, D. W. (1999). *Applied multivariate statistical analysis*. 4th ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall. 815 p.

Kaplan, H. I; Sadock B. J; Grebb J. A. (2003). O relacionamento médico-paciente e técnicas de entrevista. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.

Kasai, K.E. (2008). Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital – Midwifery, doi:10.1016/j.midw.2008.08.001.

Kessler, RC, e Ustun, TB (Eds.). (2008) *As Pesquisas Mundial da Saúde Mental da OMS: Perspetivas globais sobre a epidemiologia dos transtornos mentais*. Nova Iorque: Cambridge University Press, 1-580.

Knapp W. P., & Caminha R. M. (2003). Terapia Cognitiva do Traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 12 (1), 31-36.

Kristensen C. H., Parente M. A. M. P., & Kaszniak A. W. (2005). Traumático: Critérios diagnósticos, prevalência e avaliação Transtornos do stress Pós-Traumático (TEPT): Da cognitiva (pp. 15-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lakatos, E. M.; Marconi, M. de A. - (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. 4.ed., São Paulo, Atlas, 288p.

Laplanche e Pontalis, T. (1973). Recomendações nutricionais na gestação. *Revista destaques acadêmicos*, ano 2, nº.

Lavender, T.; Walkinshaw, S., Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience – *Midwifery*, 15: 40-46.

Leeds, L. & Hargreaves, I., (2008). As consequências psicológicas do parto. *Journal of Reproductive e Psicologia infantil*, 26 (2), 108-122.

levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinic Nursing*, 18, pp.667-677.

levels of childbirth-related fear in Australian and Swedish sample. *Midwifery*,. 27, pp.560-

Lowdermilk, D. (2008). Cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. In D. Lowdermilk & S. Perry (Ed.), *Enfermagem na maternidade*. (7ª ed.). (pp. 414-477). Loures: Lusociência.

Ludkiewicz, H. F. F. (2008). Processo para a tomada de decisão estratégica: um estudo de caso na parceria banco e varejista. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São

Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://citrus.uspnet.usp.br/ingtec/uploads/8f6c036-a96-cb9c.pdf>>. Acesso em: 13 de Setembro de 2016.

Lusodidacta.

Maggioni, C., D. Margola, et al. (2006). "PTSD, fatores de risco e expectativas entre Mulheres com um bebê: um estudo longitudinal de duas ondas. "Journal of Psychosomatic Obstetrícia e Ginecologia 27 (2): 81-90.

Maldonado, Maria T. (2002). Psicologia da Gravidez – parto e puerpério. 16ªed. São Paulo: Saraiva.

Mandriz, I. (2008). Estudo do PTSD em Mutilados de Guerra. Trabalho apresentado para obtenção de grau de licenciado em Ciências da Educação- Opção Psicologia. Lubango: ISCED.

Marlat, J. (1973). Pregnancy – The Psychological Experience. Revised and expanded edition. The Noonday Press: New York.

Mid, J.K. Does. (1990). Maternal prenatal stress adversely affect the child's learning and memory at age six? Journal of Abnormal Child Psychology. p34; 789-798.

Monforte, M. F. M.; Mineiro, A. L. S. (Jan. 2006) – As vivências da mulher durante a gravidez. Nursing. 16 (206), 17-23.

Monteiro-Ferreira, (2003). Trauma e Coping: natureza e curso de um processo. In Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção. Lisboa: Climepsi Editores.

Moreira, J. (2004) Questionários: Teoria e prática. 1ª Edição. Coimbra: Livraria Almedina.

Moreira, M. A. & Masini, E. A. S. (2006). Fundamentos de metodologia científica Ausubel. 2ª ed. São Paulo: Centauro Editora.

Moroco, J. (2003) Análise Estatística com utilização do SPSS, Lisboa, Edições Sílabo, 3ª edição.

Moroco, J. (2003) Análise Estatística. Com Utilização do SPSS, Lisboa: Sílabo.

Murthy, D. (2008). Digital Ethnography: An Examination of the Use of New Technologies for Social Research. Sociology, 42 (5), 837-855. Consultado em 20 dezembro de 2016 em <http://dx.doi.org/10.1177/0038038508094565>.

Musisi S. (2005). Guerra e saúde mental em África. Em: Njenga FG, Acuda W, Patel V, editores. Essenciais da psiquiatria clínica para a África subsaariana. Milão.

Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2004). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder

through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry*, 4, 34. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-4-34>

Ngueve, A. (2012). Estudo da Avaliação do PTSD e do grau e Ansiedade em Militares com Diagnóstico de Tuberculose Pulmonar. Trabalho apresentado para a obtenção do grau de Licenciado em Psicologia Clínica. Lubango: ISPT.

Niven, K., Sprigg, C. A., & Armitage, C. J. (2013). Does emotion regulation protect employees from the negative effects of workplace aggression? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22, 88 – 106.

Njau JW. (2005). Transtorno de estresse pós-traumático entre os chefes de domicílios de sobreviventes de confrontos étnicos na Província do Vale do Rift, Quênia: um estudo comparativo. Tese. Universidade de Nairobi.

of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, of childbirth. *Midwifery*, 26, pp.327-337.

Oliveira, T. M. V. (2001). Escalas de Mensuração de Atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. *Administração On-line*, 2 (2).

Organização Mundial da Saúde. (1996). Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra (SUI).

Otley, H. (2011) Fear of childbirth: understanding the causes, impact and treatment.

Oweis, A.I. (2001). Relationships among the situational variables of perceived stress of the childbirth experience, perceived length and perceived difficulty of labor, selected personal variables, perceived nursing support and postpartum depression in primiparous Jordanian women living in Jordan. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(2-B), 783.

Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2004). Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6 (2).

Pasquali L. (2000). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. In: Gores Andrade L, Zuardi A (eds.) *Escalas de avaliação clínica em psíquica psicofarmacologia* (pp. 15-21). São Paulo: Lemos.

Pereira, B. (2005). Avaliação de depressão em gestantes de alto risco em um grupo de acompanhamento. *Interação em psicologia*. Vol.9, nº. 1,p.155-163.

Pereira, F. (2012). O trauma na gestação. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Pereira, M.G. (2003). Impact do Stress Traumático na Família: Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD) . In Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção. Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, R; Franco, S., & Baldin, N. (2011) A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61 (3), pp.376-388.

Pestana G. (2003). *Análise de Dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*, Lisboa, Sílabo, 3ª edição: 504.

Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2005) *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*, Lisboa: Sílabo.

Pham P.N., Weinstein H.M., Longman T. (2004).Trauma e sintomas de PTSD em Rwanda: implicações para atitudes para a justiça e a reconciliação. *JAMA*; 292: 602-612.

Pierrehumbert, B.; Nicole, A.; Muller-Nix, C.; Forcada-Guex, M.; Ansermet. F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood*. (5):400–404.

Reichenheim M. E., Moraes C. L., & Hasselmann M. (2000). Semantic equivalence Portuguese version of the Abuse Assessment Screen tool used for the scree violence against pregnant women. *Revista de Saúde Pública*, 34 (6), 610-626.

Reichenheim M.E, Klein R, Moraes CL. (2007). Assessing the physical violence component of the Revised Conflict Tactics Scales when used in heterosexual couples: an item response theory analysis. *Cad Saúde Pública*; 23:53-62.

Reis, E., (1990). *Análise factorial das componentes principais: um método de reduzir sem perder informação*, Lisboa Giesta/Iscte.

Resick P. A., Schnicke M. K., & Markway B. G. (1991). The relationship between cotent and posttraumatic stresse disorder. In *Annual meeting of the associate Advancement of Behavior Therapy*, New York, USA.

Riggs & Foa. (2004). *Perigos nas gestantes*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Salomonsson, B, Wijma, K , & Alehagen, S. (2010) Swedish midwives' perceptions of fear

Severino, A. J. (2006). *Pós-graduação e pesquisa: o processo de produção e de sistematização do conhecimento no campo educacional*.

Shelley, X. (2010). Mortalidade materna por eclâmpsia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, vol.10, nº 2, p.209-217.

Silva, J. R.; Silva, R. L.; Pinheiro, T. X. A. (2013) – Aprimoramento do grupo de gestantes da comunidade de morada de Fé – Macaíba/RN. *Extensão e Sociedade*. Ano 4, 1(6).

Silva, L. F; Alves, F. (2003). *A saúde das mulheres em Portugal*. Coleção Textos/37. Porto: Edições Afrontamento, 155 p. ISBN: 972-36-0614-3.

Silva, M; Leite, M; Zongo, H; Madureira, C; Peixoto; B. (2015). Angolan Version of INECO Frontal Screening: Psychometric indicators and discriminative capacity in post-traumatic stress disorder. *Revista HCPA Vol 35, No 3*. l <http://seer.ufrgs.br/hcpa> Clin Biomed Res 2015;35(3) 141 Clin Biomed Res. 2015;35(3):141-148 <http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.56913>

Simkin, P. (2006). What Makes a Good Birth and why does it Matter – *International Journal of Childbirth Education*, 21 (3): 7-8.

Sitta A, Vanzin C.S, Biancini G.B, Manfredini V, De Oliveira AB, Wayhs CAY.(2011). Evidence that L-carnitine and selenium supplementation reduces oxidative stress in phenylketonuric patients. *Cell Mol Neurobiol*. 2011; 31:429–436.

Soet, J.; Brack, G. A.; Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth – *Birth*, 30 (1): 26-46.

Sorte, F.& Ventura,M. (2008). Estudo do PTSD e da Resiliência nas Crianças da Esola “Mandume”. In *investigação aplicada ao ensino da Psicologia: Estudos sobre PTSD em grupos de risco em Angola*. Lubango: Centro Universitário da Huíla.

Sotto-Mayor, I. M. B. de; Piccinini, C. A. (2005). Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico, Porto Alegre*, v. 36, n. 2, p. 135-148.

Spice, K., Jones, S., Hadjistavropoulos, H, Kowalyk, K., & Stewart, S. (2009) Prenatal fear

Spice, K.; Jones, S. L.; Hadjistavropoulos, H. D.; Kowalyk, K.; Stewart, S. (Set. 2009) – Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 30 (3), 168-174.

Strauss, J.L, Coeytaux, R., McDuffie, J., Nagi, A., & Williams, J.W (2011). Eficácia de terapias complementares e alternativas para o tratamento pós-traumático Desordem de estresse VA-ESP Projeto # 09.010.

Summerfield, D. (1999). Uma crítica de sete suposições atrás programas de traumas psicológicos em áreas afectadas pela guerra. *Soc Sci Med*; 48: 1449-1462.

Tanielian, T. & Jaycox, L. (Eds.). (2008). *Feridas invisíveis da guerra: Danos psicológicos e cognitivos, as suas consequências e serviços para ajudar a recuperação*. Santa Mónica, CA: RAND Corporation.

Tornquist, Carmen S. (2003). Paradoxos de humanização em uma maternidade no Brasil – *Cadernos Saúde Pública*, 19 (2): S419.S427.

Tostes, N. A. (2012). – Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto. Brasília: Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia. 105p. Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population.

Vaz F. J. (2011). Metodologia da investigação científica. Editorial Piaget. Lisboa.

Vaz S. A. (2003). O Distúrbio de Stresse Pós-Traumático. Coimbra: Vale & Vale editores.

Vaz. S. (2004). Conhecimentos e sentimentos de mulheres portadoras de doença hipertensiva específica da gravidez. *Rev.Bras. em promoção de saúde*. Vol.17,nº001, p.21-26,

Ventura, M. (2003). O Stress Traumático e suas Sequelas nos Adolescentes do Sul de Angola. Luanda: Editorial Nzila.

Vituri D.W. (2009). Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem [dissertação]. Maringá: Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

Walter, Silvana A., Baptista, P. de P.; Augusto, P. O. M. (2008). Visão Baseada em Recursos: uma Análise dos Delineamentos Metodológicos e da Maturidade dessa Abordagem na Área de Estratégia, 32. Rio de Janeiro (RJ). Anais: ANPAD.

Wijma K, Soderquist J, Wijma B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord*;11(6):587-97.

Zampieri, A.M.F. (1999). Sociodrama construtivista da AIDS. Método de construção grupal na educação preventiva da síndrome da imunodeficiência adquirida. Campinas. SP.: Editorial Psy.

Zar, M., Wijma, K, & Wijma, B. (2001) Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30 (2), pp.75–84-

Zinga E, S. (2008). Estudo do PTSD nos antigos combatentes do MPLA. Trabalho apresentado para obtenção do grau de licenciado em Ciências da Educação: Opção Psicologia. Lubango: ISCED.

Wijma K, Soderquist J, Wijma B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord*.;11(6):587-97.

Cranley, M. S., Hedhal, K. J., & Pegg, S. H. (1983). Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research*, 32 (1), 10-15.

Thune-Larsen, K. B., & Moller-Pedersen, K. (1988). Childbirth experience and postpartum emotional disturbance. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6 (4), 229-240.

ANEXOS

ANEXO 1

Versão Portuguesa de Spitz e Hannachi (2015) da Escala TES

Traumatic Event Scale (TES)

© 1999 © 2012 K. Wijma, versão de Spitz e Hannachi (2015)

INSTRUÇÕES

No texto abaixo estão várias afirmações utilizadas pelas mulheres para descrever como se sentiram após o parto. Leia cada uma das afirmações e assinale com um círculo a resposta (1-4) que, neste momento, melhor corresponde à sua experiência. Não existem respostas certas ou erradas!

Como descreveria o seu parto?

	De forma alguma	Um pouco	Bastante	Muito
a. O trabalho de parto/parto foi uma experiência difícil	1	2	3	4
b. Durante o trabalho de parto/parto senti-me ofendida fisicamente	1	2	3	4
c. Durante o trabalho de parto/parto tive receio que eu ou o meu bebé sofrêssemos ou morrêssemos	1	2	3	4
d. Durante o trabalho de parto/parto senti-me angustiada, impotente ou horrorizada	1	2	3	4

Como se sente agora?

Por favor leia as afirmações seguintes e descreva como se sente neste momento assinalando de 1 (nunca) a 4 (frequentemente).

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente
1. Por vezes sou invadida por imagens e pensamentos desagradáveis do meu parto	1	2	3	4
2. Tenho pesadelos sobre o meu parto	1	2	3	4
3. De repente sinto que estou de novo a dar à luz e sinto-me aterrorizada	1	2	3	4
4. Tudo o que me faz lembrar da minha experiência de dar à luz perturba-me psicologicamente	1	2	3	4
5. As lembranças do meu parto perturbam-me fisicamente (sinto o coração a bater mais rápido, a respiração mais pesada, sinto-me tensa, começo a transpirar)	1	2	3	4
6. Tento manter-me afastada de pensamentos, emoções ou conversas que possam lembrar-me do meu parto	1	2	3	4
7. Tento evitar actividades, locais ou pessoas que possam lembrar-me do meu parto	1	2	3	4
8. Tenho dificuldade em lembrar-me de partes importantes do meu parto	1	2	3	4
9. Desde o parto que tenho pensamentos negativos sobre mim própria, sobre outras pessoas ou sobre o mundo (Ex: ter pensamentos tais como não presto, não confio em ninguém, o mundo é perigoso, etc)	1	2	3	4

10. Desde o parto, que tenho aversão à equipa médica	1	2	3	4
11. Cada vez que penso no meu parto, eu sinto culpa sem poder perceber a razão	1	2	3	4
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente
12. Quando penso no meu parto, tenho sensações desagradáveis (medo, cólera, etc.)	1	2	3	4
13. Tenho dificuldade em me dedicar a actividades de que gostava antes do parto	1	2	3	4
14. Desde o meu parto que me sinto desligada das outras pessoas	1	2	3	4
15. Desde o meu parto, a minha capacidade de amar ou de mostrar afecto é limitada	1	2	3	4
16. De repente, posso sentir-me muito irritada ou com raiva, sem razão aparente	1	2	3	4
17. Corro demasiados riscos e faço coisas que me podem prejudicar (condução perigosa, consumo excessivo de medicamentos, etc.).	1	2	3	4
18. Sinto-me tensa e em estado de alerta o tempo todo	1	2	3	4
19. Reajo mal a acontecimentos inesperados	1	2	3	4
20. Tenho dificuldade em concentrar-me	1	2	3	4
21. Tenho problemas em adormecer ou dormir, porque sou perturbada por pensamentos e memórias do meu parto	1	2	3	4

Agora, por favor indique o quanto os itens 1-17, acima referidos, têm vindo a afectar a sua vida diária. Assinale um número de 0 ("Não me afecta nada") a 10 ("Afecta-me muito") na escala abaixo.

Quanto é afectada a sua vida diária?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não me					Afecta-me					
afecta nada					muito					

Se sentir que a sua vida diária é afectada por qualquer um dos problemas acima mencionados:

há quanto tempo tem sido assim? A contagem do tempo inicia-se a partir da altura em que começou a experienciar o(s) primeiro(s) problema(s).

Assinale o número de meses:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>menos</i> de um mês	um mês	dois meses	três meses	quatro meses	Cinco meses	seis meses	sete meses	oito meses	nove meses	Dez meses	onze meses	doze meses

Se há mais de doze meses: há quantos anos?

.....

Número de anos:

ANEXO 2

Questionário de Dados Pessoais - Mãe

Questionário de Dados Pessoais - Mãe

1. Dados da Mãe

Idade: _____ Escolaridade: _____

Contacto telefónico: _____ Contacto email: _____

(estes contactos têm o propósito de enviar os protocolos de investigação, nos 3 momentos de aplicação após o nascimento do bebé. Finda a aplicação total, os contactos serão apagados. Garantimos a confidencialidade dos contactos, que não serão utilizados para qualquer outro fim)

2. Dados sobre o parto

Em que data nasceu o seu bebé? ____/____/____

Tipo de parto: Eutócito (via natural)	☐
Cesariana programada	☐
Cesariana de urgência	☐
Extração por <i>forceps</i>	☐
Extração a vácuo (ventosa)	☐
Outro _____	☐

Quanto tempo demorou o trabalho de parto? _____ horas

Teve alguma medida de redução da dor? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? _____

O pai do bebé assistiu ao parto?	Sim	Não
Se não assistiu, alguma outra pessoa significativa assistiu ao parto	Sim	Não
Se sim, quem? _____		
Ocorreu algum problema durante o parto?	Sim	Não
Se sim, qual _____		

3. Dados sobre o bebé

Nascido às _____ semanas de gestação Sexo Feminino ☐ Masculino ☐

Peso ao nascimento: _____ Kg Altura ao nascimento: _____ cm

APGAR: _____

O seu bebé teve alguns cuidados especiais, quando nasceu? Sim ☐ Não ☐

Se sim, quais _____

Está a amamentar? Sim ☐ Não ☐

Se sim, é a única forma de alimentação do bebé? Sim ☐ Não ☐

Se já não amamenta, a decisão de parar foi sua ou foi ditada pelas circunstâncias?

ANEXO 3

, Escala TES - Traumatic Eventon - adaptação da versão para a população Angolana

Validação da Escala de Evento Traumático (TES)

A presente Escala realizado no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, subordinado ao tema “estudos de validação da escala de evento traumático – parto, na realidade das mulheres angolanas”, tem objetivos meramente académicos e destina-se a recolher informação sobre avaliar a presença de stresse pós traumático relacionado com o parto, em mulheres com filhos recém-nascidos.

Sendo esta uma problemática que vem afetando varias mulheres no nosso país – Angola, pretendemos com este estudo de validação da escala, aferir a taxa de ocorrência de PTSD perinatal em mulheres com filhos recém-nascidos.

Para tal gostaríamos de contar com a sua participação. Não existem respostas certas ou erradas, apenas queremos que seja verdadeira nas suas respostas.

As respostas ao questionário são estritamente confidenciais e serão somente utilizadas no âmbito da Dissertação para fins estatísticos.

Questionário de Dados Pessoais – Mãe

Este inquérito é anónimo, por tanto não precisa esclarecer o nome, o mesmo enquadra-se numa investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, da Universidade Autónoma de Lisboa, a fim de que seja possível produzir a dissertação respetiva. Todas as informações recolhidas são estritamente confidenciais. Os dados de identificação solicitados servem apenas para efeito de interpretação das outras respostas.

Responda apenas as questões com o máximo de sinceridade. Queremos com este inquérito procurar conhecer as condições que foi exposta antes, durante e depois do parto.

4. Dados da Mãe

Idade: _____

Grau de Escolaridade: Ensino de base _____

Segundo nível _____

Terceiro nível _____

Nível médio _____

Nível superior _____

Profissão: _____

É o seu primeiro filho? SIM _____ NÃO _____

Se não, quantos filhos já teve? _____

Estado civil: _____

5. Dados sobre o parto

Em que data nasceu o seu bebé? ____/____/____

Tipo de parto: Eutócito (via natural)

Cesariana programada

Cesariana de urgência

Extração por *forceps*

Extração a vácuo (ventosa)

Outro _____

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Quanto tempo demorou o trabalho de parto? _____ Horas

Teve alguma medida de redução da dor? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? _____

O pai do bebé assistiu ao parto?	Sim	Não
Alguma outra pessoa da família que seja importante para si assistiu ao parto	Sim	Não
Se sim, quem? _____		
Ocorreu algum problema durante o parto?	Sim	Não
Se sim, qual _____		

6. Datos sobre o bebé

Nascido às _____ semanas de gestação Sexo Feminino ☐ Masculino ☐

Peso ao nascimento: _____ Kg Altura ao nascimento: _____ cm

APGAR: _____

O seu bebé teve alguns cuidados especiais, quando nasceu? Sim ☐ Não ☐

Se sim, quais _____

Está a amamentar? Sim ☐ Não ☐

Se sim, é a única forma de alimentação do bebé? Sim ☐ Não ☐

Se já não amamenta, a decisão de parar foi sua ou foi ditada pelas circunstâncias?

Escala de Evento Traumático (TES)

INSTRUÇÕES

No texto abaixo estão várias afirmações utilizadas pelas mulheres para descrever como se sentiram após o parto. Leia cada uma das afirmações e assinale com um círculo a resposta (1-4) que, neste momento, melhor corresponde à sua experiência. Não existem respostas certas ou erradas!

Como descreveria o seu parto?

	Nunca	Um pouco	Bastante	Muito
a. O trabalho de parto foi uma experiência difícil	1	2	3	4
b. Durante o trabalho de parto, senti-me exposta fisicamente	1	2	3	4
c. Durante o trabalho de parto tive receio que eu ou o meu bebé nos acontecesse alguma coisa	1	2	3	4
d. Durante o trabalho de parto senti-me aflita, incapaz ou medo	1	2	3	4

Como se sente agora?

Por favor leia as seguintes questões e descreva como te sentes agora, e indique com um círculo de 1 (nunca) a 4 (Sempre).

	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
1. As vezes surgem pensamentos negativos acerca do meu parto	1	2	3	4
2. Tenho maus sonhos sobre o meu parto	1	2	3	4
3. De repente sinto que estou de novo a dar à luz e sinto-me a assustada	1	2	3	4
4. Tudo o que me faz lembrar da minha experiência de dar à luz incomoda-me psicologicamente	1	2	3	4
5. As lembranças do meu parto incomoda-me o corpo todo e (sinto o coração a bater muito forte e fico sem respiração e começo a transpirar	1	2	3	4
6. Tento manter-me afastada dos maus pensamentos, emoções ou conversas que me fazem lembrar o dia do meu parto	1	2	3	4
7. Tento evitar fazer trabalhos, em lugares ou próximo de pessoas que me fazem lembrar o dia do meu parto	1	2	3	4
8. Tenho dificuldade em lembrar as partes importantes do meu parto	1	2	3	4
9. Desde o dia do meu parto que tenho tido maus pensamentos da minha vida, e sobre outras pessoas e do mundo (Ex: ter pensamentos tais como não presto, não confio em ninguém, o mundo é perigoso, etc)	1	2	3	4
10. Desde o dia do meu parto, que não sinto vontade de olhar aos médicos	1	2	3	4

11. Cada vez que penso no meu parto, sinto-me culpada sem poder perceber a razão

1 2 3 4

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente
12. Quando penso no meu parto, tenho sinto mau estar	1	2	3	4
13. Tenho dificuldade de voltar a fazer os trabalhos que eu fazia antes do parto	1	2	3	4
14. Desde o meu parto que me sinto afastada das outras pessoas	1	2	3	4
15. Desde o meu parto, as minhas forças de amar ou de mostrar amor diminuiu	1	2	3	4
16. De repente, posso sentir-me muito chateado ou com raiva, sem motivos	1	2	3	4
17. Faço coisas que me prejudicam como por ex: (condução perigosa, consumo excessivo de medicamentos, etc).	1	2	3	4
18. Sinto-me preocupada e tenho dificuldade de dormir o tempo todo	1	2	3	4
19. Reajo mal as coisas que acontecem de surpresa	1	2	3	4
20. Tenho dificuldade em concentrar-me	1	2	3	4
21. Tenho problemas em adormecer ou dormir, porque sou acordada por maus pensamentos do meu parto	1	2	3	4

Agora, por favor indique o quanto os itens 1-17, acima referidos, têm vindo a afetar a sua vida diária. Assinale um número de 0 ("Não me afeta nada") a 10 ("Afeta-me muito") na escala abaixo.

Quanto é afectada a sua vida com os problemas diários?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não me					Afeta-me					
afecta nada					muito					

Se sentir que a sua vida diária é afetada por qualquer um dos problemas acima mencionados:

há quanto tempo tens te sentido assim? A contagem do tempo inicia-se a partir da altura em que começou a vivenciar o (s) primeiro (s) problema(s).

Assinale o número de meses:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>menos</i>	um	dois	três	quatro	cinco	seis	sete	oito	nove	dez	onze	doze
de	mês	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses
um												
mês												

Se há mais de doze meses: há quantos anos?

.....

Número de anos: