

O trauma do parto prematuro

O artigo destaca os possíveis impactos negativos na relação mãe-bebê quando o parto prematuro caracteriza um trauma para a mãe.

# A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê

*The influence of premature birth in mother-baby relationship*

Gabriela Arruda Reinaux Pontes<sup>1</sup>, Amaury Cantillino<sup>2</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Este estudo tem como objetivo analisar a relação entre o parto vivenciado como traumático em decorrência da prematuridade e o vínculo mãe-bebê. **Métodos:** Um questionário de dados biossociodemográficos (idade, escolaridade, raça, estado civil, trabalho), obstétricos e do parto, elaborado pela própria pesquisadora com variáveis categóricas, foi utilizado para a caracterização dos dados maternos. Uma entrevista clínica estruturada foi aplicada para caracterizar o parto prematuro como traumático utilizando o *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) – Critério A* e a escala de Ligação mãe-bebê, validada na literatura na versão portuguesa, para avaliar o vínculo mãe-bebê prematuro. **Resultados:** O parto prematuro foi tomado como traumático em 43 (71,7%) das puérperas analisadas. O sentimento de ligação materna “Triste” e a variável se a pesquisada trabalhava ou não foram as únicas que mostraram associação significativa com a ocorrência do parto prematuro traumático. **Conclusão:** O parto prematuro pode ser considerado uma experiência traumática para a mãe e pode influenciar negativamente o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. Direções para pesquisas futuras são discutidas.

## Palavras-chave

Estresse pós-traumático, prematuridade, vínculo mãe-bebê.

## ABSTRACT

**Objective:** This study aims to analyze the relationship between birth trauma as a result of prematurity and the mother-baby bond associated with premature birth. **Methods:** A survey of bio-socio-demographic data (age, education, race, marital status, work), obstetric and childbirth developed by the researcher with categorical variables was used to characterize the maternal data. A structured clinical interview was used to characterize premature birth as traumatic using the *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) – The Criterion* and the scale of mother-child connection, validated in the literature in the English version, for assess the mother-baby bond premature. **Results:** The premature birth was taken as traumatic in 43 (71.7%) of the mothers studied. The feeling of maternal link “Sad” and the variable if the searched worked or were not the only ones that showed significant association with the occurrence of premature birth trauma. **Conclusion:** Premature birth can be considered a traumatic experience for mother and can influence the development of mother-infant bonding adversely. Directions for future research are discussed.

## Keywords

Post-traumatic stress, prematurity, mother-baby relationship.

Recebido em  
15/7/2014  
Aprovado em  
10/11/2014

1 Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

2 UFPE, Programa de Saúde Mental da Mulher; Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Endereço para correspondência: Gabriela Pontes  
Rua Leocânia Maria, 208, Bloco D, ap. 002  
55014-520 – Caruaru, PE, Brasil  
E-mail: garv.fsio@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da terceira edição (DSM-III) contempla três situações em que o trauma pode ser experimentado: quando ele é sofrido pelo próprio indivíduo, quando o indivíduo presencia o evento e quando toma conhecimento por outras fontes. Com a quarta edição (DSM-IV), houve uma ampliação do conceito da natureza estressora e uma valorização maior da percepção e resposta da pessoa a esse evento<sup>1</sup>.

Para a quinta edição do DSM (DSM-V), algumas modificações conceituais foram propostas, em um primeiro esboço do manual<sup>2</sup>. O conceito de trauma sofreu alterações no critério A1 e extinguiu o critério A2 e, dessa maneira, na nova proposta, tal critério vem com a intenção de facilitar a distinção entre evento traumático e evento estressor sem características traumáticas<sup>2</sup>.

O DSM-V contempla três situações em que o trauma pode ser experimentado como evento traumático: quando ele é sofrido pelo próprio indivíduo, quando o indivíduo presencia o evento e quando toma conhecimento por outras fontes associado a uma valorização maior da percepção e resposta da pessoa a esse evento traumático<sup>2</sup>.

O parto traumático é definido como um evento ocorrido durante o trabalho de parto e no parto que envolve real ou temida lesão física ou morte da mulher ou do recém-nascido, durante o qual a puérpera experimenta medo intenso, pavor e horror<sup>3</sup>.

A Academia Americana de Pediatria (AAP) e o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas definem o nascimento prematuro como sendo aquele que ocorre antes ou no final da 37ª semana de idade gestacional (IG) (37 semanas completas ou 258 dias), contadas a partir da data da última menstruação normal<sup>3</sup>. Cerca de 10% dos partos no Brasil são prematuros e responsáveis por 75% das mortes neonatais<sup>4</sup>.

Pode-se destacar que, entre os fatores potencialmente traumáticos, o impacto do parto prematuro dificulta a elaboração da separação do momento do parto, uma vez que frustra a expectativa da imediata relação mãe-bebê<sup>5</sup>. O parto traumático relacionado à prematuridade também poderá afetar a decisão da mãe quanto a ter outros filhos no futuro, além de interferir na lactação e no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê<sup>6</sup>.

A mulher enfrenta uma série de dificuldades que eram inesperadas para ela e, entre essas situações, lidar com um recém-nascido (RN) que pode não sobreviver, que pode não reconhecer como seu com a destituição da tarefa materna de cuidar do seu filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)<sup>6</sup>. Considerando que algumas dessas mães vivenciarão essas situações como estressores traumáticos, alguns estudos verificaram que entre 6% e 41% das mães que tiveram um nascimento prematuro relataram sintomas de estresse pós-traumático<sup>7</sup>.

Com o avanço das tecnologias na UTIN, oferecendo subsídios para o atendimento cada vez mais especializado nos aspectos biológicos do RN, e a assistência multiprofissional prestada, tem-se aumentado a sobrevivência do RN prematuro<sup>8</sup>. No entanto, a hospitalização do RN prematuro na UTIN ainda desperta sentimentos de medo, angústia e impotência nos pais perante o risco de morte que o RN corre<sup>9</sup>.

O longo período de hospitalização do RN interfere negativamente no desenvolvimento das habilidades da mãe na prestação dos cuidados com o prematuro e consequentemente na formação da ligação mãe-bebê<sup>10</sup>. O sofrimento psicológico materno no pós-parto também pode exercer um efeito nocivo sobre o desenvolvimento infantil e exacerbar dificuldades comportamentais e emocionais na infância do bebê no futuro<sup>11</sup>.

Em estudo se verificou que entre 26% e 41% das mães que tiveram um nascimento prematuro relataram sintomas de estresse pós-traumático<sup>7</sup>. Assim, precisa ser revestido de mais atenção tanto por parte dos clínicos quanto dos pesquisadores.

A qualidade da relação precoce mãe-bebê também tem sido apontada como um dos fatores que podem agravar ou amenizar o impacto potencialmente negativo de parto prematuro, especialmente quanto a posteriores competências e desenvolvimento da criança<sup>8</sup>.

Em virtude das repercussões do parto prematuro sobre a saúde da mulher e sobre a relação mãe-bebê e diante da escassez de pesquisas latino-americanas relacionadas ao assunto, evidencia-se a importância de realizar estudos nesse contexto<sup>12</sup>. Este estudo analisa a relação entre o parto vivenciado como traumático em decorrência da prematuridade (Critério A) e a relação do vínculo mãe-bebê.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo inferencial transversal, realizado no Hospital Maternidade Jesus Nazareno, em Caruaru, PE. A maternidade é considerada referência regional no atendimento a uma clientela de baixa renda e caracterizada como de alto risco. A coleta dos dados da pesquisa foi realizada no período de agosto de 2013 a abril de 2014.

Os sujeitos da amostra foram recrutados por conveniência no Hospital Maternidade Jesus Nazareno em Caruaru-PE e compreendeu de todas as mulheres que se encontravam em torno de 40 a 45 dias de pós-parto – RN ter nascido com idade gestacional (IG) < 37 semanas, caracterizando um parto prematuro – e estavam internadas junto com o RN no hospital em questão.

O procedimento experimental iniciou-se com a triagem em que foi solicitada à direção do sistema de arquivos médicos e estatísticos (SAME) do hospital uma permissão para coletar nos prontuários dados sobre a mãe e o RN. Apenas

foram registradas anotações referentes ao formulário da ficha de triagem elaborada pela pesquisadora onde eram discriminados o código do prontuário do RN e o nome da mãe, mantendo sigilo sobre qualquer informação retirada.

Após a triagem das mulheres, foram expostos os objetivos do estudo com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e obtenção da concordância por meio da assinatura em duas vias desse termo para realização da pesquisa.

A coleta de dados se fez por meio de entrevista, conduzida pela pesquisadora do estudo, com as mulheres selecionadas na triagem para o estudo. Utilizou-se uma ficha de dados biossociodemográficos (idade, escolaridade, raça, estado civil, trabalho), obstétricos e do parto elaborada pela própria pesquisadora com variáveis categóricas para a caracterização dos dados maternos; aplicação de parte do *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) para TEPT – subitem Critério A; aplicação da escala de Ligação mãe-bebê validada na literatura na versão portuguesa, por meio da abordagem das mulheres com a técnica de entrevista.

Foram excluídas aquelas mulheres que não responderam a todos os instrumentos da pesquisa ou se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para caracterizar o parto prematuro como traumático para mulheres, foi utilizado parte do SCID-I para TEPT: subitem Critério A. Ele é uma entrevista clínica estruturada com variáveis categóricas que identificam a presença de evento traumático ou não. A pessoa tem caracterizado o evento como traumático quando o Critério A for positivo, que é baseado nas respostas de 7 perguntas subdivididas em dois grupos, Critério A1 e Critério A2<sup>13</sup>.

O Critério A1, itens 1, 2, 3 e 4, são perguntas relacionadas à experiência pessoal direta de um evento real ou ameaçador que envolve morte, sério ferimento ou outra ameaça à própria integridade física; ter testemunhado um evento que envolve morte, ferimentos ou ameaça à integridade física de outra pessoa (bebê); ou o conhecimento sobre morte violenta ou inesperada, ferimento sério ou ameaça de morte ou ferimento experimentado por um membro da família ou outra pessoa em estreita associação com o indivíduo; o Critério A2, itens 5, 6 e 7, são perguntas relacionadas à resposta ao evento que deve envolver intenso medo, impotência ou horror. Se for respondido sim no item 1 ou 2 ou 3 ou 4 associado a sim nos itens 5 ou 6 ou 7 é caracterizado como evento traumático<sup>13</sup>.

A escala de Ligação mãe-bebê é uma escala destinada a avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebê. Essa escala é a versão portuguesa do "Mother-Baby Bonding Scale"<sup>13</sup> e que foi, segundo Figueiredo *et al.*<sup>15</sup>, sujeita a um processo de tradução e retroversão, não tendo surgido nenhuma divergência nos itens. É instrumento de autoavaliação simples no qual a mãe responderá às questões que

descrevem alguns dos sentimentos em relação ao seu RN nas primeiras semanas após este ter nascido<sup>14</sup>.

A escala é composta de variáveis categóricas divididas em nove itens agrupados em subescalas – Ligação positiva: "Afetuosa", "Protetora", "Alegre" e Ligação negativa: "Desiludida", "Ressentida", "Desgostosa", "Agressiva", "Zangada" e "Triste". As respostas são cotadas numa escala "Lickert", entre 0 e 3, consoante a emoção a que o item se refere está, ou não, presente: "Nada", "Um pouco", "Bastante" ou "Muito" presente na relação da mãe com o bebê<sup>14</sup>.

Os dados foram analisados descritivamente por meio de percentuais para as variáveis categóricas e das medidas: média, desvio-padrão e mediana para as variáveis numéricas. O Teste de Kolmogorov-Smirnov ou o de Shapiro-Wilk foram realizados para verificar a distribuição normal dos dados e o Teste de Cochran e Bartlett, para distribuição de variâncias. Para avaliar a associação entre variáveis categóricas, foram utilizados o teste Qui-quadrado de Pearson ou o Exato de Fisher (quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas) e o teste de Mann-Whitney para a comparação entre as categorias em relação às variáveis numéricas. Para avaliar a força da associação nos cruzamentos das variáveis categóricas, foi obtido o valor da razão de prevalência (RP) com respectivo intervalo de confiança.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiança. O programa estatístico utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 21.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (CEP-UFPE), parecer nº 308.353 e data da relatoria: 19/06/2013.

## RESULTADOS

Foram analisadas no total 60 puérperas, tendo sido excluídas 132 puérperas, sendo 83 puérperas por seus RNs terem nascido com idade gestacional (IG) > 37 semanas, 49 terem tido alta do Alojamento Canguru e Alas antes de completarem o tempo para avaliação de 40 a 45 dias de pós-parto.

Destas, 43 (71,7%) preencheram o Critério A (parto prematuro como evento traumático) e 17 (28,3%) não preencheram. Nas tabelas 1 a 4 são apresentados, respectivamente, os resultados do estudo da associação do Critério A segundo os dados sociodemográficos, dados relacionados à gestação e médias dos escores do tipo de ligação mãe-bebê e Critério A segundo as variáveis que classificam o tipo de ligação mãe-bebê em positiva e negativa.

Na tabela 1, estão apresentados os resultados referentes às características sociodemográficas das puérperas. Pode-se verificar que 66,7% das puérperas com Critério A positivo tinham idade entre 20 a 29 anos, 80,6% cor de pele branca,

72,5% estado civil casada, 70% cursavam ensino fundamental incompleto e 80% não exerciam atividade remunerada.

Dos resultados contidos na tabela 1, verifica-se que a variável se a pesquisada trabalhava ou não foi a única com associação significativa com a ocorrência do Critério A ( $p < 0,05$ ). A presença do Critério A foi mais elevada entre as que não trabalhavam (80%) do que entre as que trabalhavam (55,0%).

Na tabela 2, pode-se evidenciar que não foram registradas associações significativas entre a ocorrência do Critério A com nenhuma das variáveis relacionadas à gestação (tipo de gestação, idade gestacional, tipo de parto, apoio familiar, satisfação no parto e pós-parto, realização do método Canguru, tempo de internação, tratamento psiquiátrico na gestação e tratamento psicológico pregresso à gestação) ( $p > 0,05$ ), conforme resultados apresentados na tabela 2.

Na tabela 3, apresenta-se o resultado da média dos escores do Critério A segundo o tipo de ligação mãe-bebê. Não foram verificadas diferenças significativas entre as que tinham ou não Critério A ( $p > 0,05$ ). No entanto, observa-se que as médias tendiam a ser mais elevadas no negativo e menos elevadas no positivo, o que pode sugerir uma ligação mãe-bebê mais prejudicada.

O único sentimento de ligação materna que mostrou associação significativa com a ocorrência do Critério A foi o item "Triste" como demonstrado na tabela 4, em que  $p < 0,05$  e intervalo para RP que não incluiu o valor 1,00. Para a referida variável se destaca que o percentual com Critério A presente foi mais elevado entre as pesquisadas "Muito tristes" (85,7%) do que as que eram "Um pouco tristes" (52,0%).

**Tabela 1.** Percepção do parto prematuro como sendo traumático e sua associação aos dados sociodemográficos

Variável	Parto traumático						Valor de p	RP (ICa 95%)
	Sim		Não		Total			
	n	%	n	%	n	%		
<b>Grupo total</b>	<b>43</b>	<b>71,7</b>	<b>17</b>	<b>28,3</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>		
<b>Faixa etária</b>								
18 a 19	7	63,6	4	36,4	11	100,0	$p^{(1)} = 0,187$	**
20 a 29	24	66,7	12	33,3	36	100,0		**
30 ou mais	12	92,3	1	7,7	13	100,0		**
<b>Raça/etnia</b>								
Branca	25	80,6	6	19,4	31	100,0	$p^{(1)} = 0,267$	1,61 (0,71 a 3,66)
Amarela/índigena	5	55,6	4	44,4	9	100,0		1,11 (0,41 a 2,99)
Parda	10	71,4	4	28,6	14	100,0		1,43 (0,60 a 3,40)
Negra	3	50,0	3	50,0	6	100,0		1,00
<b>Situação conjugal</b>								
Solteira	14	70,0	6	30,0	20	100,0	$p^{(2)} = 0,839$	1,00
Casada	29	72,5	11	27,5	40	100,0		1,04 (0,73 a 1,46)
<b>Escolaridade</b>								
Fundamental incompleto	14	70,0	6	30,0	20	100,0	$p^{(1)} = 0,228$	**
Fundamental completo	13	61,9	8	38,1	21	100,0		**
Médio completo	8	72,7	3	27,3	11	100,0		**
Superior	8	100,0	-	-	8	100,0		**
<b>Trabalha?</b>								
Sim	11	55,0	9	45,0	20	100,0	$p^{(1)} = 0,043^*$	1,45 (0,95 a 2,23)
Não	32	80,0	8	20,0	40	100,0		1,00

(\*) diferença significativa ao nível de 5,0%. (\*\*): não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas e muito baixas. (1): por meio do teste Exato de Fisher. (2): por meio do teste Qui-quadrado de Pearson. RP: razão de prevalência.

**Tabela 2.** Percepção do parto prematuro como traumático e sua associação com dados relacionados à gestação

Variável	Parto traumático						Valor de p	RP (IC a 95%)
	Sim		Não		Total			
	n	%	n	%	n	%		
<b>Grupo total</b>	<b>43</b>	<b>71,7</b>	<b>17</b>	<b>28,3</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>		
<b>Gestação</b>								
Única	18	78,3	5	21,7	23	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,371	1,16 (0,85 a 1,58)
Múltipla	25	67,6	12	32,4	37	100,0		1,00
<b>Idade gestacional</b>								
26 a 29 semanas	24	72,7	9	27,3	33	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,840	1,03 (0,75 a 1,43)
30 a 37 semanas	19	70,4	8	29,6	27	100,0		1,00
<b>Tipo de parto</b>								
Cesáreo	24	70,6	10	29,4	34	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,832	1,00
Normal	19	73,1	7	26,9	26	100,0		1,04 (0,75 a 1,42)
<b>Apoio familiar</b>								
Sim	31	73,8	11	26,2	42	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,574	1,11 (0,76 a 1,61)
Não	12	66,7	6	33,3	18	100,0		1,00
<b>Satisfação no parto</b>								
Sim	24	64,9	13	35,1	37	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,138	1,00
Não	19	82,6	4	17,4	23	100,0		1,27 (0,94 a 1,72)
<b>Satisfação pós-parto</b>								
Sim	33	70,2	14	29,8	47	100,0	p <sup>(2)</sup> = 0,740	1,00
Não	10	76,9	3	23,1	13	100,0		1,10 (0,77 a 1,56)
<b>Canguru</b>								
Sim	37	72,5	14	27,5	51	100,0	p <sup>(2)</sup> = 0,704	1,09 (0,67 a 1,78)
Não	6	66,7	3	33,3	9	100,0		1,00
<b>Tempo de internamento</b>								
Até 45 dias	28	71,8	11	28,2	39	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,976	1,01 (0,72 a 1,40)
Mais de 45 dias	15	71,4	6	28,6	21	100,0		1,00
<b>NTPG</b>								
Sim	8	80,0	2	20,0	10	100,0	p <sup>(2)</sup> = 0,709	**
Não	35	70,0	15	30,0	50	100,0		
<b>HPP</b>								
Sim	18	81,8	4	18,2	22	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,184	1,24 (0,92 a 1,68)
Não	25	65,8	13	34,2	38	100,0		1,00

(\*\*): não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências muito baixas. (1): por meio do teste Qui-quadrado de Pearson. (2): por meio do teste Exato de Fisher. RP: razão de prevalência. NTPG: necessitou de tratamento psiquiátrico durante a gestação. HPP: história de problemas psiquiátricos.

**Tabela 3.** Avaliação do parto traumático segundo a média dos escores do tipo de ligação mãe-bebê

Ligação	Parto traumático		Valor de p
	Sim	Não	
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
Positiva	5,81 ± 1,71 (7,00)	5,65 ± 1,84 (4,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,834
Negativa	9,93 ± 3,50 (10,00)	7,94 ± 5,36 (5,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,407

(1): por meio do teste de Mann-Whitney.

**Tabela 4.** Avaliação do parto traumático segundo as variáveis que classificam o tipo de ligação mãe-bebê em Positiva e Negativa

Variável	Parto traumático						Valor de p	RP (IC a 95%)
	Sim		Não		Total			
	n	%	n	%	n	%		
<b>Grupo total</b>	<b>43</b>	<b>71,7</b>	<b>17</b>	<b>28,3</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>		
<b>Ligação positiva afetuosa</b>								
Um pouco	19	67,9	9	32,1	28	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,486	1,07 (0,64 a 1,78)
Bastante	17	81,0	4	19,0	21	100,0		1,27 (0,78 a 2,08)
Muito	7	63,6	4	36,4	11	100,0		1,00
<b>Alegre</b>								
Um pouco	17	68,0	8	32,0	25	100,0	p <sup>(2)</sup> = 0,672	**
Bastante	22	71,0	9	29,0	31	100,0		**
Muito	4	100,0	-	-	4	100,0		**
<b>Protetora</b>								
Um pouco	3	75,0	1	25,0	4	100,0	p <sup>(2)</sup> = 1,000	**
Bastante	20	71,4	8	28,6	28	100,0		**
Muito	20	71,4	8	28,6	28	100,0		**
<b>Ligação negativa desiludida</b>								
Nada	6	100,0	-	-	6	100,0	p <sup>(2)</sup> = 0,384	**
Um pouco	4	66,7	2	33,3	6	100,0		**
Bastante	2	100,0	-	-	2	100,0		**
Muito	31	67,4	15	32,6	46	100,0		**
<b>Desgostosa</b>								
Nada	11	68,8	5	31,3	16	100,0	p <sup>(2)</sup> = 0,077	**
Um pouco	5	50,0	5	50,0	10	100,0		**
Bastante	-	-	1	100,0	1	100,0		**
Muito	27	81,8	6	18,2	33	100,0		**
<b>Agressiva</b>								
Nada	38	71,7	15	28,3	53	100,0	p <sup>(2)</sup> = 1,000	**
Um pouco	5	71,4	2	28,6	7	100,0		
<b>Zangada</b>								
Nada	40	70,2	17	29,8	57	100,0	p <sup>(2)</sup> = 0,551	**
Um pouco	3	100,0	-	-	3	100,0		
Triste								
Um pouco	13	52,0	12	48,0	25	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,004*	1,00
Muito	30	85,7	5	14,3	35	100,0		1,65 (1,10 a 2,46)
<b>Ressentida</b>								
Nada	20	69,0	9	31,0	29	100,0	p <sup>(2)</sup> = 0,868	**
Um pouco	4	66,7	2	33,3	6	100,0		**
Bastante	13	72,2	5	27,8	18	100,0		**
Muito	6	85,7	1	14,3	7	100,0		**

(\*) diferença significativa ao nível de 5,0%. (\*\*): não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas e muito baixas. (1): por meio do teste Qui-quadrado de Pearson. (2): por meio do teste Exato de Fisher. RP: razão de prevalência.

## DISCUSSÃO

No nosso estudo, verificamos que o parto prematuro foi tomado como traumático para maioria das puérperas analisadas. Esse fato se justifica por que a população selecionada para o estudo poderia ser considerada um grupo em risco e, conseqüentemente, classificar seu parto como evento traumático.

Experimentar um parto traumático pode impactar negativamente no bem estar emocional na mulher e influenciar

diretamente o relacionamento com seu novo bebê e com seu cônjuge<sup>15-17</sup>. Além disso, pode extinguir seu desejo para ter mais filhos<sup>18</sup> e aumentar sua probabilidade de solicitar um parto cirúrgico para futuros nascimentos<sup>19</sup>.

A prematuridade por si só não afeta necessariamente a qualidade das interações do vínculo mãe-bebê<sup>20,21</sup>. Por outro lado, o impacto do parto prematuro, como evento traumático, tem sido identificado como um fator de risco para as interações mãe-bebê pobre<sup>22</sup>.

Além do momento do parto, as mães também são confrontadas com a admissão de seu RN na UTIN, que é uma experiência particularmente difícil para elas e que pode desenvolver um estresse emocional com ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático<sup>23,24</sup>.

O sentimento de ligação materna "Triste" e a não atividade laboral foram as únicas variáveis que mostraram associação significativa com a ocorrência do Critério A (parto traumático).

O item "Triste" foi um sentimento de ligação materna que mostrou associação significativa com a ocorrência do parto traumático nas puérperas analisadas no nosso estudo. Isso poderia ser explicado pela internação do RN prematuro na UTIN, uma vez que a mãe se sente incapaz de cuidar plenamente de seu filho que corre risco de morte e pela rotina estressante do ambiente<sup>25,26</sup>.

A mãe tem dificuldades em ligar-se ao bebê prematuro e garantir o apego e carinho que também são necessários à sua sobrevivência<sup>27</sup>.

Outra questão é que na vinculação mãe-bebê o envolvimento emocional nem sempre será igual em todos os momentos, pode variar ao longo do tempo e depende dos momentos de reciprocidade<sup>26</sup>. Estando na UTIN, o RN fica mais restrito dos cuidados da mãe e, quando o RN está estável, é que a mãe tem o primeiro contato com seu bebê, conhece suas feições, pode tocá-lo e cuidar dele.

Isso faz com que o sentimento de amor pelo seu bebê prematuro cresça e o envolvimento emocional aumente. O envolvimento aumentará na medida em que se recebe algo em troca e, dessa forma, a mãe vai vendo seu bebê prematuro com mais carinho e amor.

Além disso, RNs prematuros e suas mães têm poucas oportunidades de começar a desenvolver uma relação de reciprocidade durante as primeiras semanas de vida<sup>28</sup> e, com isso, a qualidade da relação mãe-bebê precoce pode influenciar no seu desenvolvimento posteriormente<sup>29</sup>.

Num estudo prospectivo e longitudinal que acompanhou os RNs desde o nascimento, pesquisadores perceberam uma associação entre prematuridade e sofrimento psíquico da mãe com a qualidade das interações mãe-bebê durante o primeiro ano de vida. No geral, a aflição psíquica materna, decorrente do trauma do parto, foi relacionada a um menor desenvolvimento cognitivo do RN e este, por sua vez, teve menos interações claras responsivas com sua mãe<sup>30</sup>.

Apesar de não encontrarmos uma associação significativa entre tipo de parto e parto traumático, no nosso estudo se encontrou que parto cesariano tenderia a ser considerado fator preditivo para o nascimento ser considerado traumático entre as puérperas analisadas, pois 70,6% tiveram partos cesáreos e 20,4%, parto normal.

Corroborando com nossa pesquisa, sabe-se que o tipo de parto (cesáreo ou normal) poderia contribuir para a puér-

pera classificar a experiência do parto do seu filho como traumático ou não<sup>31</sup>. Isso poderia ser explicado pelo fato de a cesariana ter se tornado, muitas vezes, como um método alternativo para o parto vaginal, em situações de intercorrências gestacionais e patológicas que envolvam risco materno-fetal como a prematuridade<sup>32</sup>.

Outro estudo identificou os fatores associados à mortalidade intra-hospitalar em Unidades de Alto Risco Neonatal ao tipo de parto<sup>33</sup>. Houve uma associação estatisticamente significativa entre tipo de parto cesáreo e morte na UTIN até o 27º dia de vida, o que possivelmente tornaria a lembrança do parto cesáreo como traumático para as mães<sup>33</sup>.

Outros estudos sugerem o parto cesáreo como preditivo de um parto traumático e que isso poderia ser compreendido pelo fato de que, muitas vezes, a cesariana de emergência poderia ser traumática para mãe dada à natureza relativamente inesperada e urgente do procedimento<sup>34,35</sup>.

No entanto, apenas um terço das mulheres que tiveram uma cesariana de emergência relatou um parto traumático. Isso sugere que outros fatores podem influenciar a mulher na experiência do evento como traumático, como estado emocional e condição socioeconômica e educacional.

O apoio do pai para a mãe parece essencial a este último e teria efeito protetor nas puérperas<sup>36</sup>. A disponibilidade de apoio social facilitaria uma maternagem responsiva, principalmente sobre condições estressantes, promovendo o desenvolvimento de um apego seguro mãe-bebê.

No estudo se evidenciou que 31% das puérperas não tiveram apoio social durante a gravidez. Segundo alguns autores, mulheres com pouco apoio social são mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtorno de estresse no pós-parto<sup>37</sup>.

Outro estudo relacionou a baixa escolaridade a um aumento da vulnerabilidade psicossocial e observou que pode ser um fator que interfere no aparecimento de sintomatologia de estresse pós-parto<sup>38</sup>. Na nossa pesquisa, as puérperas com maior percentual de Critério A tiveram maior frequência no ensino fundamental incompleto.

A não atividade laboral foi a única variável com associação significativa com a ocorrência do parto traumático. Corroborando com nosso estudo, outro pesquisador também relacionou a não atividade laboral como um fator predisponente ao estresse psíquico, sendo este um fator que tende a aumentar a probabilidade de surgimento de transtornos mentais e comportamentais<sup>39</sup>.

Outro estudo também relata que o estressor predominante das mulheres é o estresse financeiro, agravado pela falta de emprego, transporte e opções de habitação a preços acessíveis; fofocas de cidade pequena; isolamento/solidão; e tédio. As medidas quantitativas revelaram altos níveis de estresse global e sintomas de depressão e transtorno de estresse pós-traumático entre a amostra analisada<sup>40</sup>.

Em outro estudo, apesar da precisão estatística elevada, não foi encontrada nenhuma associação clara entre estresse



no trabalho e parto prematuro. No entanto, a estratificação por apoio social mostrou uma tendência significativa de maiores chances de parto prematuro quando expostos a alta exigência e o baixo apoio social<sup>41</sup>.

Dada a importância das repercussões do parto sobre a saúde da mulher, surgiu a ideia desse estudo, que demonstrou a importância do diagnóstico precoce sobre parto traumático em mulheres no pós-parto e encaminhamento daquelas puérperas que porventura relatem algum tipo de transtorno emocional.

Pesquisas futuras são necessárias para comparar dados na população brasileira quanto à prematuridade e ao parto traumático e vínculo mãe-bebê. O melhor conhecimento sobre o assunto também irá gerar melhoria no atendimento das puérperas no pós-parto.

## CONCLUSÕES

Este estudo verificou que a maioria das puérperas analisadas relacionou o fato de o parto de seu bebê ter sido prematuro como traumático e mostrou associação significativa com a ocorrência do parto traumático e o sentimento "Triste", o que torna o vínculo mãe-bebê nessas puérperas negativo.

Dessa forma, o enfrentamento materno em relação à prematuridade e a readaptação da mãe a essa situação inesperada aflorou nela sentimentos mais negativos de ligação mãe-bebê.

As puérperas que não trabalhavam foram mais propensas a terem sofrimento psíquico de estresse no pós-parto relacionado ao parto prematuro. O estresse materno é um fator de risco para os resultados de saúde materno-infantil adversos em todo o mundo, e uma maior empregabilidade seria possivelmente útil para diminuir seu estresse e enfrentar os inúmeros obstáculos durante a fase do pós-parto.

O estudo sugere que os sintomas de estresse pós-traumático, baseados no critério A da DSM-IV, relacionados com o trabalho de parto prematuro, podem influenciar negativamente a percepção materna a respeito do seu RN e que novas pesquisas são necessárias para relacionar dados com os novos conceitos da DSM-V.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Todos os autores do manuscrito contribuíram significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo e revisaram criticamente seu conteúdo intelectual e aprovaram sua versão final para ser publicada.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Todos os autores do manuscrito afirmam que não possuem qualquer conflito de interesse com o tema abordado no artigo, nem com os produtos/itens citados.

## REFERÊNCIAS

1. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4.ed. revisada. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
2. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4.ed. revisada. Washington: American Psychiatric Association; 2010.
3. American Academy of Pediatrics; American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. Gils trap LC, Oh W, eds. 5.ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; American College of Obstetricians and Gynecologists; 2002.
4. Rodrigues LDS, Batista RFL, Sousa ACVD, Cantanhede JG, Costa, C. Caracterização dos recém-nascidos pré-termos nascidos em São Luís do Maranhão no período de 2006 a 2010: análise do SINASC. *Cad Pesq.* 2013;19(3).
5. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG.* 2009;116(5):672-80.
6. Ferrari AG, Donelli TM. Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínic.* 2010;3(2):106-12.
7. Pierhumbert B, Nicole A, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2003;88(5):F400-4.
8. Car Jovanka JBL, Carvalho BL, Lour M, Silva MDLC. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(5):729-33.
9. Souza JC, Silva LMS, Guimarães TA. Preparo para a alta hospitalar de recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. *Pediatria (São Paulo).* 2008;30(4):217-27.
10. Souza NL, Pinheiro-Fernandes AC, Clara-Costa IC, Cruz-Enders B, Carvalho JB, Silva ML. Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Rev Salud Publica (Bogotá).* 2010;12(3):356-67.
11. Morrell J, Murray L. Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: a prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *J Child Psychol Psychiatry.* 2003;44:489-508.
12. Pontes GAR, Cantillino A, Zambaldi CF. Transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao parto prematuro e vínculo mãe-bebê: revisão de literatura. *J Bras Psiquiatr.* 2013. (in press)
13. Del Ben CM, Vilela JA, Crippa JA, Hallak JE, Labate CM, Zuardi AW. Confiabilidade da entrevista estruturada para o DSM-IV – Versão clínica traduzida para o português. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(3):156-9.
14. Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new Mother-to-Infant Scale: Links with early maternal mood. *Arch Womens Ment Health.* 2005;8:45-51.
15. Figueiredo B, Marques A, Costa RA, Pacheco AP, Pais A. Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebê. *Psychologica.* 2005;40:133-54.
16. Beck CT. Posttraumatic stress disorder due to child birth: the aftermath. *Nurs Res.* 2004;53:216-24.
17. Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of child birth related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychol Health Med.* 2006;11:389-98.
18. Susan A, Harris R, Sawyer A, Parfitt Y, Ford E. Post-traumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. *J Affect Disord.* 2009;119:200-4.
19. Allen EC, Manuel GC, Legault C, Naughton MJ, Pivor C, O'Shea TM. Perception of child vulnerability among mothers of former premature infants. *Pediatrics.* 2004;113:267-73.
20. McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth.* 2007;34:65-79.
21. Korja R, Latva R, Lehtonen L. The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91:164-73.

22. Montirosso R, Borgatti R, Trojan S, Zanini R, Tronick E. A comparison of dyadic interactions and coping with still-face in healthy pre-term and full-term infants. *Br J Dev Psychol*. 2010;28:347-68.
23. Korja R, Savonlahti E, Ahlqvist-Björkroth S, Stolt S, Haataja L, Lapinleimu H, et al.; PIPARI study group. Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatr*. 2008;97:724-30.
24. Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32:161-71.
25. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *J Perinat Educ*. 2009;18:23-9.
26. Wigert H, Hellstrom AL, Berg M. Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care - a field study. *BMC Pediatr*. 2008;8:3.
27. Engström A, Lindberg I. Critical care nurses' experiences of nursing mothers in an ICU after complicated childbirth. *Nurs Crit Care*. 2013;18(5):251-7.
28. Lindberg B, Ohrling K. Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *Int J Circumpolar Health*. 2008;67:461-71.
29. Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller-Nix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*. 2006;118:107-14.
30. Singer LT, Fulton S, Davillier M, Koshy D, Salvator A, Baley J E. Effects of infant risk status and maternal psychological distress on maternal-infant interactions during the first year of life. *J Dev Behav Pediatr*. 2003;24(4):233-41.
31. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from child birth events. *Psychol Med*. 2010;40:1849-59.
32. Furukawa S, Sameshima H, Ikenoue T. The impact of cesarean section on neonatal outcome of infants born at 23 weeks of gestation. *Early Hum Dev*. 2014;90(3):113-8.
33. Silva CFD, Leite AJM, Almeida N, Leon ACM, Olofin I. Factors associated with neonatal death in high-risk infants: a multicenter study in High-Risk Neonatal Units in Northeast Brazil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(2):355-68.
34. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*. 2000;27(2):104-11.
35. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003;30(1):36-46.
36. Lindberg B, Ohrling K. Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *Int J Circumpolar Health*. 2008;67:461-71.
37. Zambaldi CF, Cantillino A, Sougey EB. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(4):252-7.
38. Arandeda ME, Santelices MP, Farkas C. Building infant-mother attachment: the relationship between attachment style, socio-emotional well-being and maternal representations. *J Reprod Infant Psychol*. 2010;28(1):30-43.
39. Grytten J, Skau I, Sorensen RJ. Educated mothers, healthy infants. The impact of a school reform on the birth weight of Norwegian infants 1967-2005. *Soc Sci Med*. 2014;105:84-92.
40. Bloom TL, Bullock LF, Parsons L. Rural pregnant women's stressors and priorities for stress reduction. *Issues Ment Health Nurs*. 2012;33(12):813-9.
41. Larsen AD, Hannerz H, Juhl M, Obel C, Thulstrup AM, Bonde JP, et al. Psychosocial job strain and risk of adverse birth outcomes: a study within the Danish national birth cohort. *Occup Environ Med*. 2013;70(12):845-51.