

PSICOLOGIA, DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

CLÍNICA

- Implicações da violência obstétrica nos riscos para depressão pós-parto

Andreia da Silva Preto, Flavia Oliveira de Farias
Prado Conceição, Cristiano de Jesus Andrade,
Miria Benincasa (orientadora)

Implicações da violência obstétrica nos riscos para depressão pós-parto

Andreia da Silva Preto, Flavia Oliveira de Farias Prado Conceição,
Cristiano de Jesus Andrade, Miria Benincasa (orientadora)

RESUMO

As inovações tanto tecnológicas quanto farmacológicas no campo da saúde contribuíram, em muitos aspectos, para a melhora na qualidade de vida durante o ciclo gravídico-puerperal. Esse progresso não trouxe apenas benefícios, especialmente pelo uso indiscriminado na realização de cesarianas e violência obstétrica pelo excesso de intervenções. O objetivo deste estudo foi investigar risco de depressão pós-parto em mulheres que foram vítimas de violência obstétrica (VO) e comparar com mulheres que não foram submetidas a uma experiência de VO. Trata-se de uma pesquisa com 90 puérperas, exploratória, transversal, com análises quantitativas descritivas e qualitativas de dados. Os instrumentos utilizados foram: questionário sociodemográfico, Escala de Depressão Pós Parto (EPDS) e entrevista semiestruturada. Os resultados revelaram que muitas mulheres não identificaram que foram vítimas de VO. Mesmo sem reconhecer a VO, os achados indicam que ser vítima de violência pode ter alguma relação com uma vivência afetiva negativa posteriormente. Além disso, ao ser considerada a média de Depressão Pós-Parto (DPP) entre puérperas, neste estudo, o índice é similar aos achados de outras pesquisas nacionais (25%), contudo, ao isolar as vítimas de VO, verifica-se predominância de risco para a DPP entre as vítimas de VO quando comparada a uma assistência ao parto mais respeitosa. Nesta pesquisa observou-se uma relação entre a experiência de violência e a emergência de sinais ou sintomas de transtornos afetivos, embora não seja possível estabelecer uma relação causal.

Palavras-chave: violência obstétrica; depressão pós-parto; assistência ao parto.

Andreia Maria da Silva Preto - Graduação em Filosofia e Psicologia. Mestranda em Psicologia, desenvolvimento e políticas públicas pela Universidade Católica de Santos. Link doattes: <http://lattes.cnpq.br/3346282491941806>

Flavia Oliveira de Farias Prado Conceição - Graduação em Ciências Contábeis e Psicologia. Atua em Psicologia clínica. Pesquisadora do grupo de pesquisas vinculado ao Mestrado em Psicologia, desenvolvimento e políticas públicas da Universidade Católica de Santos. Link doattes: <http://lattes.cnpq.br/2177592624329636>

ABSTRACT

The technological and pharmacological innovations in the health have contributed, in many aspects, to the improvement in quality of life in birth assistance. This progress has not only brought benefits, especially due to the indiscriminate use of cesarean sections and obstetric violence due to excessive interventions. The objective of this study was to investigate the risk of postpartum depression in women who were victims of obstetric violence (OV) and compare with women who were not subjected to an OV experience. This is a research with 90 postpartum women, exploratory, cross-sectional, with descriptive quantitative and qualitative data analyses. The instruments used were: sociodemographic questionnaire, Postpartum Depression Scale (EPDS) and semi-structured interview. The results revealed that many women did not identify that they were victims of OV. Even without recognizing OV, the findings indicate that being a victim of violence may have some relationship with a negative affective experience later. Furthermore, when considering the average of Postpartum Depression (PPD) among postpartum women, in this study, the rate is similar to the findings of other national surveys (25%), however, when isolating victims of OV, there is a predominance of risk for PPD among OV victims when compared to more respectful birth care. In this research, a relationship was observed between the experience of violence and the emergence of signs or symptoms of affective disorders, although it is not possible to establish a causal relationship.

Keywords: *obstetric violence; baby blues; birth assistance.*



Cristiano de Jesus Andrade - Doutor e Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo - UMESP. Especialista em Psicoterapia Breve Operacionalizada pela Universidade Paulista - UNIP. Graduado em Psicologia. Atualmente é professor Titular do Programa de Pós-graduação em Psicologia (Psicossomática) da Universidade Ibirapuera (Unib). Atua também como docente no curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Anhanguera - Campus Poços de Caldas. Link do lattes: <http://lattes.cnpq.br/4545996046906191>

Miria Benincasa - Pesquisadora e orientadora dos Programas de Pós-graduação (Mestrado e Doutorado) em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo e do Programa de Mestrado em Psicologia, desenvolvimento e políticas públicas da Universidade Católica de Santos. Editora-chefe da Revista Mudanças - Psicologia da Saúde. Líder do Grupo de Pesquisa (CNPq) "Humanização da assistência à gestação, parto, nascimento e pós-parto". Professora convidada do curso de especialização em Psicologia Hospitalar da Universidade de Taubaté. Link do lattes: <http://lattes.cnpq.br/1600352232046792>

Introdução

A inovação tecnológica e farmacológica no campo da saúde contribuiu para a melhora na qualidade de vida das mulheres, inclui-se gravidez, parto e puerpério. Mas, nessa área o progresso não trouxe apenas benefícios, tendo em vista que o uso indiscriminado na realização de cesarianas tem causado à dupla (mãe e bebê) grande exposição a risco quando mal indicada. A utilização desnecessária de tecnologia que não traz benefícios e, principalmente, que causa prejuízos para a mãe e/ou para o bebê é considerada violência obstétrica (ACOG, 2014).

Nos países como a Venezuela e a Argentina a violência obstétrica (VO) é tipificada. Portanto, caracterizada pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições de saúde públicas ou privadas. Esse processo de apropriação significa o tratamento desumano, abuso da medicalização ou negação desta quando necessária e patologização dos processos fisiológicos. Esse tipo de tratamento gera perda da autonomia e capacidade de a mulher decidir sobre seu corpo e sexualidade de maneira livre (Belli, 2013; Parto do Princípio, 2012).

No Brasil, as mulheres com níveis socioeconômicos mais elevados dão à luz em hospitais privados e estão mais propensas a receber uma cascata de intervenções e medicalização até chegar a uma cesariana e estão menos expostas ao tratamento desumano da violência obstétrica.

Aquelas que utilizam o serviço público e, em sua maioria, vivenciam um parto considerado normal, tendem a ser submetidas a episiotomia e tratamentos desumanos pelos profissionais de saúde (Leal, Pereira, Domingues, Filha, Dias, Nakamura-Pereira, Bastos & Gama, 2014).

Estudo recente da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ, 2014) mostra que uma entre quatro mulheres brasileiras relata ter passado por violência obstétrica. Há a hipótese destes índices terem sido subestimados, pois, uma quantidade significativa de mulheres não tem consciência de que não receber esclarecimentos sobre o que será feito com seu corpo, não dar consentimentos sobre determinadas intervenções, ter seu parto acelerado por conveniência profissional ou receber indicação de cesárea eletiva, são, também, violência obstétrica (Andrade & Lima, 2014; ANS, 2008).

Um dos aspectos mais marcantes de práticas obstétricas no Brasil com Violência Obstétrica (VO) é a tendência a acelerar o trabalho de parto, desencadeando um total desrespeito à autonomia das mulheres. Os cuidados obstétricos acabam sendo centrados nas decisões do médico, frequentemente, desrespeitando a dinâmica do corpo feminino. As tentativas de controlar o tempo e reduzir a duração do parto explicam o uso excessivo de intervenções, incluindo cesarianas. Este processo começa no pré-natal, quando as mulheres não são informadas sobre as melhores práticas, os benefícios do parto normal e assistência obstétrica adequada. Esse processo continua

durante o trabalho de parto com a imposição de uma cascata de intervenções que não são baseadas em evidências científicas e resultam em experiências negativas de parto (Andrade & Lima, 2014; ANS, 2008).

No dia 23 de setembro de 2014, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) tornou pública uma declaração oficial para a prevenção e eliminação da violência obstétrica nas instituições de saúde de todo o mundo. Trata-se de um grande marco para o reconhecimento da gravidade deste problema e a necessidade urgente de enfrentamento. Este documento foi traduzido e publicado em apenas cinco línguas, incluindo o português.

Este fato sugere que o Brasil ocupa uma posição estratégica para o fortalecimento dos debates institucionais sobre os abusos, desrespeitos e maus-tratos que as mulheres sofrem durante a assistência ao parto. Nesta declaração a OMS convoca “maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos.” (WHO, 2014).

Sustentada nesta realidade, o objetivo deste estudo foi investigar risco de depressão pós-parto de mulheres que foram vítimas de violência obstétrica (VO) e comparar com mulheres que vivenciaram Parto Humanizado (PH) e Cesárea Eletiva (CE), mas não foram submetidas a uma experiência de VO. Para isso, faz-se necessário esclarecer a delimitação de cada tipo de parto ou modelo de assistência. A seguir estará disponível a conceituação destas práticas e o uso destes processos no Brasil.

Modelos de assistência ao parto no Brasil

A violência obstétrica (VO) ainda não está tipificada no Brasil, como ocorre com países próximos, tais como Argentina e Venezuela. O conceito adotado neste estudo foi descrito pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013). A opção por esta referência deu-se por ser a adotada em campanhas realizadas no Estado de São Paulo e a coleta de dados ter sido realizada neste mesmo estado. Este documento preconiza que ações de VO incluem: impedir ou dificultar que a mulher tenha um acompanhante de livre escolha desde a entrada na maternidade até sua alta; recusar a admissão na maternidade; adotar procedimentos desnecessários que causem dor ou dano físico; intervenções que gerem “na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio”; impedir ou não facilitar o contato mãe-bebê após o parto; não oferecer alojamento conjunto, caso isso seja possível na maternidade; dificultar ou impedir a amamentação. Optou-se por esta referência por ser acessível às participantes e profissionais desta região.

A Cesárea Eletiva (CE), quando é realizada sem indicação clara, é considerada por vários pesquisadores como VO. Nesta pesquisa, optou-se por não assumir o parto cirúrgico como um procedimento incluso na VO. Adotou-se esta medida pelo fato de que as intercorrências consideradas aqui como VO, estão claramente descritas tanto pelas participantes quanto nos documentos apresentados como

referência deste estudo. As indicações médicas para a realização de CE nem sempre estavam claramente acessíveis às pesquisadoras, não havendo parâmetros e medidas suficientes para considerá-las desnecessárias.

Apesar de não fazer parte da temática principal deste estudo, verifica-se a necessidade de definir Parto Humanizado (PH) como um contraponto da VO. Para descrever PH utilizou-se o conceito proposto por Andrade e Lima (2014): assistência sustentada em condutas baseadas no respeito absoluto pelo protagonismo da mulher e na família; facilidade de acesso ao serviço e ao cuidado; acolhimento da mulher; incentivo à autonomia e participação da mulher nas decisões; respeito à fisiologia do parto; descarte de intervenções desnecessárias e uso inadequado de tecnologias; adoção de práticas reconhecidas por evidências científicas.



A realidade obstétrica brasileira e Saúde mental das mulheres.

No Brasil, as parturientes com gestação de risco habitual são, frequentemente, expostas a um excesso de medicalização e tecnologia como procedimentos de rotina, independente da sua situação socioeconômica (Andreucci & Cecatti, 2011). Uma grande quantidade de intervenções é adotada como rotina tanto em hospitais públicos quanto privados que vão da proposta de um parto cirúrgico sem indicação clínica com vistas à proteção da mulher e do bebê, à procedimentos como episiotomia, gotejamento de ocitocina, amniotomia, entre outras. As parturientes com recursos econômicos e sociais mais elevados, usuárias da saúde suplementar, chegam a ter 70% de probabilidade de ser submetida a um parto cirúrgico desnecessário. As usuárias do serviço público têm 50% de chance de intervenções de rotina que dificultam a fisiologia do parto, que geram dor ou fazem parte do rol de violências obstétricas (Leal, Pereira, Domingues, Theme-Filha, Dias, Nakamura-Pereira, Bastos & Gama, 2014; Benincasa Romagnolo; Alves; Baccelli & Costa, 2017).

Estas experiências durante o parto e nascimento influenciam outras áreas da vida da puérpera, do bebê e da díade. A VO, considerada uma violência de gênero tem interferência na autoestima e pode colaborar no desencadeamento de sintomas relacionados à depressão ou ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Okuda, Olfson, Hasin, Grant, Lin & Blanco, 2011). A Depressão Pós Parto é um transtorno que gera consequências negativas

para mães, crianças e famílias. No Brasil, a incidência gira em torno de 25% (Theme Filha, Ayers, Gama & Leal, 2016).

Estudos internacionais indicam maior frequência de Depressão Pós-Parto ou Perinatal em mães que foram submetidas à cesárea eletiva quando comparada com mulheres que realizaram parto normal (Mathisen, Glavin, Lien & Lagerlo, 2013). Outras pesquisas, entretanto, contestam este resultado, afirmando que a via de parto não interfere ou favorece o surgimento de tais sintomas (Sword, Landy, Thabane, Watt, Krueger, Farine & Foster, 2011; Benincasa Romagnolo; Alves; Baccelli & Costa, 2017). Diante desta divergência, se propõe, neste estudo, investigar o impacto do modelo de assistência à saúde mental de mulheres durante o puerpério.

Método

Pesquisa exploratória, transversal, com análises quantitativas descritivas e qualitativas de dados. Trata-se de um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Cesárea Eletiva, Violência Obstétrica e Parto Humanizado: o legado destas intervenções para a vida emocional da mulher.” A Amostra, por conveniência, foi composta de 90 puérperas. Os critérios para a inclusão na amostra foram: ser primípara, embora não precisasse ser primigesta, ter parido há, no máximo, 36 meses; estar em relacionamento conjugal estável desde o nascimento do bebê, independente da orientação sexual; não ter diagnóstico de prematuridade, de malformações ou síndromes genéticas; ter sido gestação de risco habitual.

Tabela 1 – Caracterização da Amostra.

Dados de Identificação	Variáveis	Frequência	Porcentagem
Cor	Branca	55	61%
	Preta	09	10%
	Parda	24	26%
	Outros	02	03%
Idade	18 a 19	03	03%
	20 a 24	16	18%
	25 a 30	27	30%
	31 a 35	30	33%
	36 a 40	09	10%
	41 a 45	03	03%
	Acima de 46	02	03%
Escolaridade	Médio incompleto	04	03%
	Médio completo	16	18%
	Superior incompleto	14	15%
	Superior completo	33	37%
	Pós-Graduação	20	23%
	Mestrado	04	04%
Modelos de Assistência ao Parto	Parto Humanizado (PH)	46	51%
	Cesárea eletiva (CE)	30	34%
	Violência Obstétrica (VO)	14	15%

Fonte: Autores(2024).

Das 90 participantes avaliadas neste estudo (Tabela 1), no que se refere à cor, a maioria se autodeclarou branca (61%), com idade entre 20 e 35 anos (81%) e seus bebês com média de 15 meses de idade. A maior parte (64%) tinha ensino superior completo e 27% delas tinham concluído alguma pós-graduação. Metade (51%) das participantes declarou ter tido um parto humanizado, um terço (33%) revelou ter feito a opção por cesárea eletiva e 15% delas relataram ter sido vítima de VO durante o parto. Vale ressaltar que estes

dados se referem a forma como cada mãe experienciou seu parto e a assistência que recebeu. Elas escolheram a opção que representava melhor seu parto no questionário sociodemográfico, que foi o primeiro instrumento aplicado em cada participante. É importante esclarecer que, dentro da categoria PH pode haver partos vaginais e cesáreas. Verificou-se, de acordo com estas respostas, que 46 mulheres declararam ter vivenciado um PH, 30 optaram por CE e 14 foram vítimas de VO.

Os instrumentos utilizados foram: um questionário sociodemográfico, a Escala de Depressão Pós Parto de Edinburgo (EPDS) e Entrevista Psicológica Semiestruturada. O questionário era composto de 25 questões, sendo a maior parte objetiva. As questões eram sobre dados pessoais, financeiros, ocupacionais, relacionadas ao período gestacional, ao parto, ao pós-parto e à saúde do bebê. A Escala de Depressão Pós Parto de Edinburgo (EPDS) já foi validada em diversos países, inclusive no Brasil. Trata-se de um instrumento autoadministrado, composto de 10 itens, os quais são pontuados de 0 a 3, de acordo com a presença e /ou intensidade do sintoma. Os itens envolvem sintomas como: humor deprimido ou disfórico, perda do prazer, distúrbio do sono, diminuição do desempenho, ideias de morte, suicídio e culpa. Estes são sintomas percentualmente frequentes em mulheres com Depressão Pós Parto no Brasil (Santos, Martins & Pasqual, 1999). A entrevista semiestruturada era composta pelas questões norteadoras que tinham os seguintes objetivos: Investigar sintomas de transtornos mentais que precediam a gestação; solicitar a descrição

detalhada do parto; pesquisar resquícios afetivos da experiência do parto, sejam positivos ou negativos.



Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo (CEP-UMESP): Número do Parecer: 896.875 de 26/11/2014, CAAE: 39023514.1.0000.5508. Depois da aprovação deu-se início à divulgação da pesquisa em redes sociais convidando participantes. As que tinham interesse respondiam ao contato via mensagens telefônicas ou e-mail. As pesquisadoras retornavam o contato inicial através de chamada telefônica em que eram checados os critérios para composição da amostra e agendava-se uma visita à residência da participante. Com cada participante foram realizados dois encontro de, aproximadamente, 90 minutos. Nesta, inicialmente, apresentava-se os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e no caso de aceite era realizada a entrevista e aplicação dos instrumentos. A coleta de dados foi feita no estado de São Paulo, basicamente, Grande São Paulo e Vale do Paraíba.

As entrevistas foram transcritas e foi realizada uma análise de conteúdo temático – categorial (Oliveira, 2008). Optou-se por não usar nenhum tipo de tecnologia para estas análises, que foram realizadas e supervisionadas em um grupo de estudo para este fim. Após leitura e releitura cuidadosa do material pela equipe de cinco psicólogas, foram identificados os conteúdos que pertenciam às categorias apriorísticas, já definidas previamente: intervenções durante o parto e Violência Obstétrica (VO). Desta categoria, emergiu dos dados uma subcategoria que foi inserida na análise. A VO desmembrou-se em violência obstétrica reconhecida (VO1) e violência obstétrica não reconhecida (VO2), que serão descritas e diferenciadas no decorrer da discussão.

Resultados e Discussão

Categoria 1: intervenções durante o parto

Segundo declaração das 90 participantes desta pesquisa, 46 informaram ter vivenciado um PH. A partir da análise de conteúdo, entretanto, foi possível identificar que algumas intercorrências experimentadas por estas mães podem ser consideradas VO, segundo as referências conceituais de VO e CE (Defensoria Pública, 2013; Andrade & Lima, 2014; LEAL et al., 2014; BRASIL, 2014). Destas 46, em 12 foi realizada episiotomia sem informar ou consultar previamente a parturiente. Esta assistência diverge das diretrizes de boas práticas no parto que não encoraja a episiotomia como procedimento de rotina (Carroli & Mignini, 2009; Leal et al., 2014).

Para duas participantes foi negado o direito do acompanhante do início da internação até a alta. Foi permitido que a pessoa de sua livre escolha as acompanhasse apenas durante o expulsivo. Tal direito é resguardado no Brasil desde 2005, por meio da Lei 11.108, (Brasil, 2005), conhecida por Lei do Acompanhante.



Uma parturiente foi submetida a exame de toque constrangedor por 10 profissionais diferentes, sem ser consultada e sem sua previa autorização. Tal procedimento não é contemplado pelas “boas praticas de assistência ao parto”, inclusive com objetivo de aprendizagem (Parto do Princípio, 2012; Diniz, 2005; Cursino & Benincasa, 2018 Cursino & Benincasa, 2018; Benincasa Romagnolo; Alves; Baccelli & Costa, 2017). Para onze participante foi sugerido o agendamento da cesárea nas consultas realizadas entre a 26ª e 31ª semana de gestação. As cirurgias foram programadas e efetivadas entre as 38ª e 39ª semanas. É importante ressaltar que, para fazer parte da amostra deste estudo, as mulheres deveriam ter tido gestação de risco habitual, sem intercorrências. As pesquisadoras solicitaram que as participantes, caso não houvesse nenhum constrangimento, trouxessem o prontuário médico. Em

todos eles, a justificativa para a cirurgia foi “cesárea a pedido” (ou outro termo semelhante). Porém, todas negaram terem realizado este pedido. Esta cirurgia, inicialmente, utilizada para proteger a vida, vem sendo realizada de forma indiscriminada, expondo tanto o bebê quanto a mãe a riscos geradores de prematuridade e morbidades. Fatos como estes ao redor do mundo motivou autoridades nacionais e internacionais a assumirem esta pauta como relevante no que se refere à saúde pública (WHO, 2010; Brasil, 2014).

Um olhar mais próximo revela que mais de um procedimento descrito anteriormente como VO, foi realizado na mesma mulher. A seguir serão apresentadas algumas falas que esclarecem a vivência destas participantes. “Correu tudo bem, não houve intervenção, só o corte embaixo que tem que fazer senão o bebê não sai, né?”; “A minha indicação de cesárea foi pela miopia. Tenho um grau alto e o médico disse que se eu fizesse força poderia piorar”. Nas falas apresentadas, representativas de várias outras, verifica-se a falta de conhecimento sobre as indicações de cesárea ou de episiotomia, já identificada por outros estudos (Pimentel & Oliveira-Filho, 2016; Cursino & Benincasa, 2018; Benincasa Romagnolo; Alves; Baccelli & Costa, 2017).

Quando as pesquisadoras perguntaram sobre o corte na vagina, 12 mulheres responderam positivamente “sim, claro” ou “ah, o corte sim”. Entre as que agendaram cesárea, os motivos da equipe de parto envolviam: “você pode avisar todo mundo e deixá-los preparados para receber seu bebê e

vir te visitar”, referindo-se a trazer a família de outra cidade para acompanhar o parto; “não vamos correr risco de esperar”, sugerindo que além da 38ª semana aumentaria o risco para o bebê, “sua estatura baixa pode interferir no momento do parto”, entre outros. Estas justificativas, entretanto, não foram descritas nos prontuários entregues às pesquisadoras.

Observa-se que escolher o tipo de parto e os procedimentos, concordar, ou aceitar determinadas intervenções está relacionado à ausência de informações adequadas sobre o processo de parir (Pimentel & Oliveira-Filho, 2016). Verifica-se que esta falta de conhecimento, acomete também mulheres com instrução superior à média da população brasileira, como é o caso desta amostra pesquisada.

Ao analisar o questionário sociodemográfico o número de declarantes do grupo PH era 46 enquanto e VO 15. A partir da análise de conteúdo esta realidade se altera, conforme identificado na (Tabela 2). Ao descreverem seus partos, foram reconhecidos alguns procedimentos como VO, a partir das referências adotadas para este estudo (Andrade & Lima, 2014; Leal et al., 2014; Brasil, 2014; Fenech & Thomson, 2013).

É importante lembrar que, mesmo as participantes não reconhecendo que seus direitos não foram garantidos e, algumas vezes, foram desrespeitadas. Após o tratamento qualitativo das entrevistas, a divisão dos grupos segundo a assistência que receberam foi alterado (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização das participantes segundo o modelo de assistência ao parto após análise qualitativa

Parto	Frequência	Percentual	
Parto Humanizado	19	21%	
Cesárea eletiva	41	46%	
Violência Obstétrica	30	33%	
Total	90	100%	

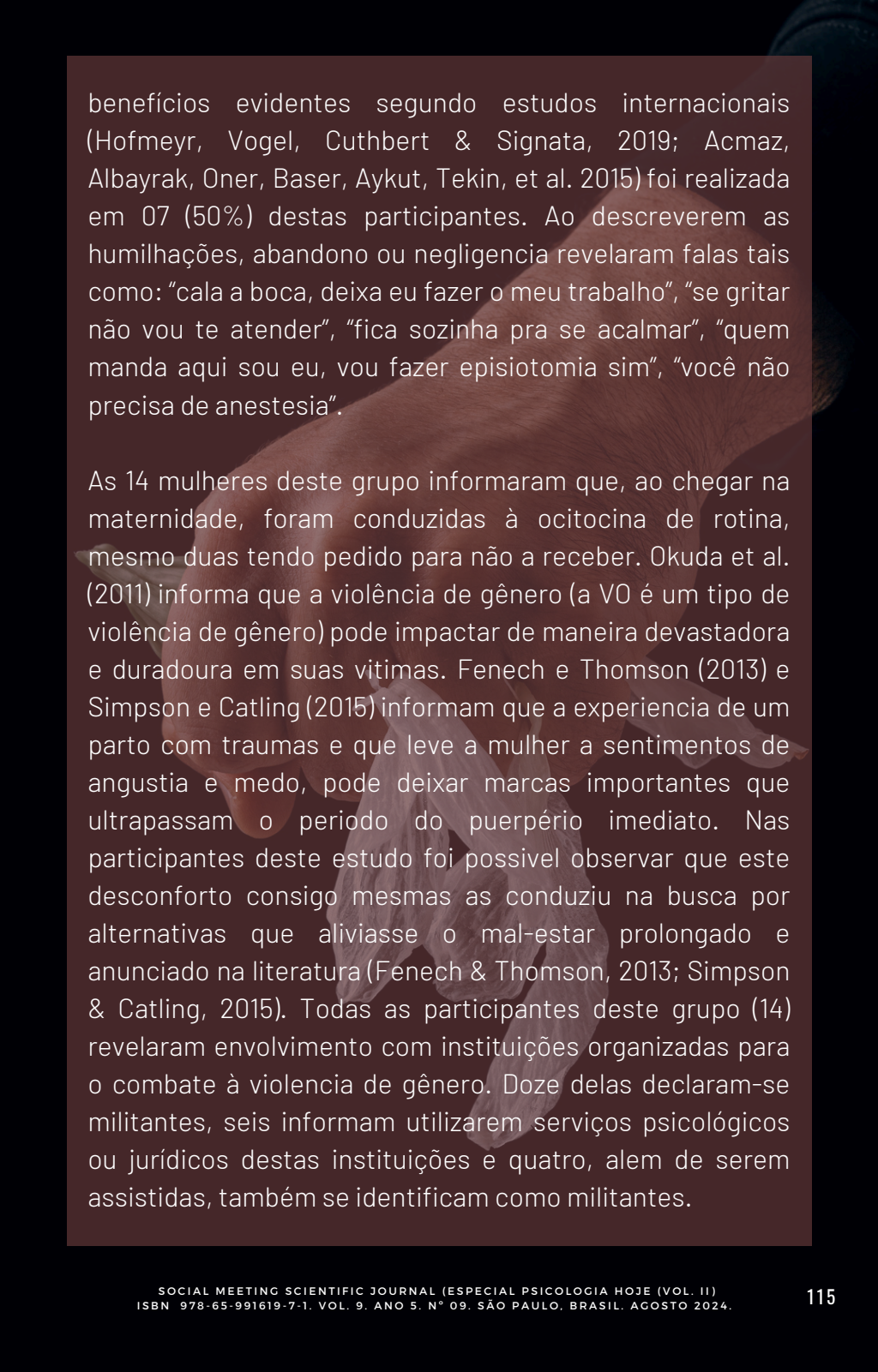
Fonte: autores(2024).

Categoria 2: sentimentos vivenciados durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Categoria 2: Violência Obstétrica

Entre as 14 mulheres que se declararam vítimas de VO no questionário sociodemográfico, identificou-se tanto procedimentos sem consentimento prévio como dolorosos, além de negarem analgesia e assumirem condutas ofensivas, de abandono ou de negligência. Algumas falas emblemáticas são: “pedi para que não me cortasse e ela cortou sem anestesia”; “me mandou calar a boca várias vezes, mas eu estava com dor, tinha vontade de gritar (...) mas eu só chorava”; “pedi para me darem anestesia, eu não estava aguentando mais (...) e a enfermeira me chamava de fraca”.

Considerando os procedimentos vivenciados por cada uma delas, observamos que as 14 tiveram episiotomia sem serem informadas previamente; seis foram cortadas sem analgesia; cinco pediram para que o corte não fosse feito. A manobra de Kristeller, procedimento considerado sem



benefícios evidentes segundo estudos internacionais (Hofmeyr, Vogel, Cuthbert & Signata, 2019; Acmaz, Albayrak, Oner, Baser, Aykut, Tekin, et al. 2015) foi realizada em 07 (50%) destas participantes. Ao descreverem as humilhações, abandono ou negligencia revelaram falas tais como: “cala a boca, deixa eu fazer o meu trabalho”, “se gritar não vou te atender”, “fica sozinha pra se acalmar”, “quem manda aqui sou eu, vou fazer episiotomia sim”, “você não precisa de anestesia”.

As 14 mulheres deste grupo informaram que, ao chegar na maternidade, foram conduzidas à ocitocina de rotina, mesmo duas tendo pedido para não a receber. Okuda et al. (2011) informa que a violência de gênero (a VO é um tipo de violência de gênero) pode impactar de maneira devastadora e duradoura em suas vítimas. Fenech e Thomson (2013) e Simpson e Catling (2015) informam que a experiência de um parto com traumas e que leve a mulher a sentimentos de angústia e medo, pode deixar marcas importantes que ultrapassam o período do puerpério imediato. Nas participantes deste estudo foi possível observar que este desconforto consigo mesmas as conduziu na busca por alternativas que aliviasse o mal-estar prolongado e anunciado na literatura (Fenech & Thomson, 2013; Simpson & Catling, 2015). Todas as participantes deste grupo (14) revelaram envolvimento com instituições organizadas para o combate à violência de gênero. Doze delas declaram-se militantes, seis informam utilizarem serviços psicológicos ou jurídicos destas instituições e quatro, além de serem assistidas, também se identificam como militantes.

Observa-se que participar de movimentos sociais atuantes no enfrentamento da violência de gênero foi uma estratégia exitosa para lidar com a experiência de dor do parto. Um estudo nacional (Menezes *et al.*, 2014) mostra que capacitar profissionais e articular setores da sociedade para enfrentar situações que envolvem a violência, pode gerar providências e encaminhamentos adequados para as mulheres, individual e coletivamente. A militância, no caso destas mulheres, associada ao acolhimento pessoal e cuidado profissional em vários setores, ofereceu este conforto.

Leal *et al.* (2014), em um grande estudo, realizado em maternidades públicas e privadas em todo o território nacional, revelam que 25% das parturientes brasileiras são vítimas de VO. As autoras inferem que estes números são subestimados, visto que, um volume importante de mulheres não reconhecem algumas condutas como violentas ou não estão informadas sobre seus direitos. (Andrade *et al.* 2014). Neste estudo identificou-se uma categoria, relacionada à VO que confirma as inferências das autoras supracitadas.

O grupo descrito nesta categoria será chamado de VO1, ou seja, mulheres que foram vítimas de violência obstétrica, reconhecem as práticas impropriadas e as revelaram na entrevista. Outro grupo de mulheres, entretanto, irá compor o que será nomeado de VO2, ou seja, mulheres que vivenciaram algum tipo de violência, mas não identificam o ato como violento. Os pesquisadores incluíram neste grupo apenas relatos que claramente compõem o rol de

procedimentos considerados VO na literatura especializada (Simpson & Catling, 2015, Defensoria Publica, 2013). Nesta subcategoria (VO2) estão incluídas 16 mulheres. Durante o detalhamento do relato de parto, incluídos na Categoria 1 deste estudo, chamada "Intervenções durante o parto", verificou-se que as 16 receberam ocitocina de rotina; em 12 (além daquelas que compõem o VO1), realizou-se episiotomia sem informar as parturientes. Em quatro destas 16 foi realizada a manobra de Kristeller. Duas mulheres não puderam ter um acompanhante durante o trabalho de parto e 14 mulheres foram examinadas sem autorização previa apenas com objetivo de aprendizagem. Pode-se verificar que em uma mesma mulher houve mais de um procedimento, como, por exemplo, episiotomia e manobra de Kristeller ou ocitocina de rotina e impedimento da presença do acompanhante.

Categoria 3: Modelo de Assistência ao Parto e Depressão Pós-Parto

Nesta categoria, será apresentada uma análise descritiva dos resultados da escala de depressão pós-parto de Edinburgo (EPDS) distribuídos pelo modelo de assistência oferecido. Vale ressaltar que a Cesárea não é um modelo de assistência, mas uma via de parto. Portanto, a cesária não foi inserida no grupo de assistência por não haver elementos suficientes para tomar esta decisão. Optou-se por reconhecê-la como uma assistência intermediária entre o que é considerado humanizado e o que é conhecido como violento.

A partir da análise dos dados qualitativos deste estudo, os grupos foram organizados em: VO1 (violência obstétrica percebida); VO2 (violência obstétrica NÃO percebida); CE (cesárea eletiva); PH (Parto Humanizado), como descrito na tabela 3. As definições de presença ou ausência de risco para a Depressão Pós-Parto (DPP) são apresentadas pelo próprio instrumento.

Os resultados mostram que, entre as mulheres que foram vítima de VO houve maior risco para a DPP (VO1 com 42,8% de mulheres com risco para DPP e VO2 com 37,5%), enquanto aquelas que vivenciaram CE (19,5% das mulheres com risco para DPP) e PH (15,8%) estão dentro do que é preconizado pela OMS (WHO, 2017) para países em desenvolvimento (19% de prevalência de DPP) e as estimativas reveladas por estudos internacionais (Cox, 2004).



Tabela 3 – Relação entre a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo (EPDS) e assistência ao parto relatada.

	VO 1		VO 2		PH		CE		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Baixo risco para a DPP	8	57,14	10	62,5	16	84,21	33	80,48	67	74,42
Risco para a DPP	6	42,86	6	37,5	3	15,79	8	19,50	23	25,55

Fonte: Autores (2024).



Considerações finais

O objetivo deste estudo foi investigar risco de depressão pós-parto de mulheres que foram vítimas de violência obstétrica e comparar com mulheres que não tiveram esta experiência, independente da via de parto. A literatura relacionada ao tema se mostra controversa sobre a cesárea quando é eletiva: em alguns casos reconhecem como VO (quando marcada com antecedência); outros recomendam maior dedicação à histórica clínica desta mulher antes de categorizar a elegibilidade como violência. Embora a cesárea não seja um modelo de assistência, mas uma via de parto, neste estudo, adotou-se a segunda postura, ou seja, considerou-se VO quando, na descrição do relato, a violência foi claramente relatada.

Os resultados revelaram que muitas mulheres não foram informadas sobre seus direitos e as boas práticas na assistência ao parto, não conseguindo identificar quando foram vítimas de VO. Mesmo sem reconhecer a VO, os achados indicam que ser vítima de violência pode ter alguma relação com uma vivência afetiva negativa posteriormente. Além disso, ao ser considerada a média de Depressão Pós-Parto (DPP) entre puérperas, neste estudo, o índice é similar aos achados de outras pesquisas nacionais (25%), contudo, ao desmembrar em modelo de assistência, verifica-se predominância de risco para a DPP entre as vítimas de VO, tanto VO1 (42,86% revelaram alto risco) quanto VO2 (37,5% revelaram alto risco), quando comparada a uma assistência ao parto mais respeitosa (17,64% revelaram alto risco). Nesta pesquisa observou-se uma relação entre a experiência de violência e a emergência de sinais ou sintomas de transtornos afetivos, embora não seja possível, neste momento, estabelecer uma relação causal.

Estes resultados não podem ser generalizados para outras amostras, entretanto, sinaliza a necessidade de novas pesquisas que acompanhem mulheres e crianças nos anos seguintes à experiência dessa forma de violência. A VO não é tipificada no Brasil e, conseqüentemente, as notificações e denúncias a essas práticas são poucas e pontuais, não havendo políticas públicas de acolhimento e cuidado a estas vítimas. As conseqüências dessas experiências são, entretanto, pouco conhecidas e o cuidado e acolhimento a estas vítimas são raros. Este sofrimento é vivido no interior das famílias, sem pouco acesso dos dispositivos de saúde.

Esta pesquisa, ao indicar, uma relação entre depressão e violência, sugere a necessidade urgente de novas pesquisas que acompanhem mulheres que vivenciaram essa experiência e o impacto desta em sua vida afetiva, na construção da sua maternidade e na sua relação com o bebê.



Se, por um lado, há necessidade de observar e acolher longitudinalmente essa mulher, há evidências, cada vez mais sólidas, de que a depressão materna pode impactar na saúde mental infantil, inclusive no desenvolvimento do cérebro (Pires, Matos, Scholl, Trettim, Coelho, Cunha Coelho, Pinheiro, Pinheiro & Avila Quevedo, 2020; Charrois, Côté, Paquin, Séguin, Japel, Vitaro, Kim-Cohen, Tremblay, Herba, 2020). No caso de identificar sinais e sintomas de depressão, estas mulheres devem ser encaminhadas para tratamento especializado para minimizar o impacto dessa experiência em suas vidas e nas vidas de seus bebês. Se, por um lado, no Brasil, não há política pública para vítimas de VO, tão pouco há rastreio para depressão pós-parto (ou saúde mental materno-infantil) em dispositivos de saúde, mesmo o Brasil contando com índices iguais ou superiores a 25% deste transtorno em mulheres primíparas.

Referências

- Acmaz, G., Albayrak, E., Oner, G., Baser, M., Aykut, G., Tekin GT, et al. (2015). *The effect of Kristeller maneuver on maternal and neonatal outcome. Archives of Clinical and Experimental Surgery*; 4 (1): 29-35.
- ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstetric Care Consensus No. 1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol*; 123:693–711. Recuperado de: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery>
- Andrade, M.A.C. & Lima, J.B.M.C. (2014). O Modelo obstétrico e neonatal que defendemos e como qual trabalhamos. *Cadernos HumanizaSUS*, v. 4., p 19-46, 2014. Recuperado de: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf.
- Andreucci, C.B. & Cecatti, J.G. (2011). Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 6, p. 1053-1064.
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). (2008). O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro, 158 p. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_atencao_obstetrica.pdf
- Belli, L.F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 4, 1 (7): 25-34.
- Benincasa, M.; Romagnolo, A. N.; Alves, D. E.; Baccelli, M.; Costa, A. O. (2017). Parto humanizado e violência obstétrica: aspectos da realidade brasileira. In: Adriana Leonidas de Oliveira; Paulo Francisco de Castro. (Org.). *Psicologia: diversos Olhares*. 1ed.Taubaté: Unitau, p. 61-70.

- Brasil. (2005). Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS,. Recuperado de: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>.
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. HumanizaSUS 4: Humanização do Parto e do Nascimento. Recuperado de: http://www.abenfomg.com.br/site/arquivos/outros/107_Caderno_Humanizasisus_v4_HUMANIZA%C3%87%C3%83O_PARTO_2014.pdf Acesso em 20/08/2018.
- Carroli, G. & Mignini, L. (2009). *Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1*. Art. No.:CD000081. Recuperado de: file:///C:/Users/Miria_2/Downloads/0912f50f42ec763333000000.pdf.
- Charrois J, Côté SM, Paquin S, Séguin JR, Japel C, Vitaro F, Kim-Cohen J, Tremblay RE, Herba CM. Maternal depression in early childhood and child emotional and behavioral outcomes at school age: examining the roles of preschool childcare quality and current maternal depression symptomatology. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 May;29(5):637-648. doi: 10.1007/s00787-019-01385-7. Epub 2019 Aug 13. PMID: 31410578.
- Cox, J. (2004). Postnatal mental disorder: towards ICD-11. *World Psychiatry*, v.3, n.2, p.96-97.
- Cursino, T.P. & Benincasa, M. (2018) . Parto domiciliar planejado no brasil: Uma revisão sistemática nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 10-18.
- Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013). Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher e Associação Artemis. Recuperado de: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf> . Acesso em 20/08/2018.
- Diniz C.S.G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saude Coletiva*. v. 10, n. 3, p. 627-37.

- Fenech, G. & Thomson, G. Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, v. 30, n. 2, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.004>.
- FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz. (2014). *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre parto e Nascimento*. Cadernos de Saúde Pública: vol 30. Suplemento 2014. Recuperado de: http://www5.enp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf
- Hofmeyr, G.D., Vogel, J.P., Cuthbert, A.; Signata, M. (2017). Fundal pressure during second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3. Art. No: CD0006067. DOI: 10.1002/14651858.
- Leal, M.C., Pereira, A.P.E., Domingues, R.M.S.M., Theme-Filha, M.M.T., Dias, M.A.B., Nakamura-Pereira, M., Bastos, M.H. & Gama, S.G.N. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), p. S17-S32, 2014. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300005&script=sci_arttext&tIng=en.
- Mathisen, S.E., Glavin, K., Lien, L. & Lagerlo, P. (2013). Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *Int J Womens Health*; 5: 787-793.
- Menezes, P.R.M., Lima, I.S., Correia, C.M., Souza, S.S., Erdmann, A.L., Gomes, N.P. (2014). Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersectorial e atenção integral. *Dossiê Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade, Saude&Sociedade*, v. 23, n. 3, p. 778-786, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300004>
- Oliveira, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. enferm. UERJ*, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008. Recuperado de: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>.
- Okuda, M., Olfson, M. P. H., Hasin, D., Grant, B.F., Lin, K.H., Blanco, C. (2011). Mental Health of Victims of Intimate Partner Violence: Results From a National Epidemiologic Survey. *Psychiatric Services*, 62(8), p. 959-962. https://dx.doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208_0959

- Parto do Princípio. (2012). Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor” elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Recuperado de: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.
- Pimentel, T.A. & Oliveira-Filho, E.C. (2016). Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão Bibliográfica. *Universitas: Ciências da Saúde*, v. 14, n. 2, p. 187-199, 2016 DOI: 10.5102/ucs.v14i2.4186. Recuperado de: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/articloe/view/4186/3279>.
- Pires AJ, de Matos MB, Scholl CC, Trettim JP, Coelho FT, da Cunha Coelho FM, Pinheiro KAT, Pinheiro RT, de Avila Quevedo L. *Prevalence of mental health problems in preschoolers and the impact of maternal depression*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 May;29(5):605-616. doi: 10.1007/s00787-019-01381-x. Epub 2019 Aug 7. PMID: 31392431.
- Santos, M.F., Martins, F.C. & Pasqual, L.(1999). Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de psiquiatria clínica (São Paulo)*: 26(2):90-95.
- Simpson, M. & Catling, C. (2015). *Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review*. *Women and Birth*, v. 29, n. 3, p. 203-207. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.009>.
- Sword, W., Landy, C.K., Thabane, L., Watt, S., Krueger, P., Farine, D., Foster, D. (2011). *Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(8), p. 966-977. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02950.x>
- Theme Filha, M. M.; Ayers, S., Gama, S. G. N. & Leal, M. V. C (2016). *Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the birth in Brazil National Research Study, 2011/ 2012*. *J Affect Disord*, v. 194, p. 159-67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>
- WHO - World Health Organization (2010). *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage*. Recuperado de: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>

- WHO - World Health Organization (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto e instituições de saúde. Declaração da Organização Mundial de Saúde. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf
- WHO - World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. OMS: Genebra, 2017. Recuperado de:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

