



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA**

EUGÊNIA GABRIELA RIBEIRO DE VASCONCELOS

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES DE UM
MUNICÍPIO DO INTERIOR DE PERNAMBUCO**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2024

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA
NÚCLEO DE ENFERMAGEM**

EUGÊNIA GABRIELA RIBEIRO DE VASCONCELOS

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES DE UM
MUNICÍPIO DO INTERIOR DE PERNAMBUCO**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Enfermeira.

Orientadora: Prof^a Dr^a Tatiana Ferreira da Costa

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2024

EUGÊNIA GABRIELA RIBEIRO DE VASCONCELOS

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES DE UM
MUNICÍPIO DO INTERIOR DE PERNAMBUCO**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 01/03/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Tatiana Ferreira da Costa (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. José Flávio de Lima Castro (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr^a. Geyslane Pereira Melo de Albuquerque (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr^a. Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa (Examinador Externo)
Universidade Federal da Paraíba

RESUMO

O estudo teve como objetivo investigar a relação da violência obstétrica e depressão pós-parto em mulheres de um município do interior de Pernambuco. Trata-se de um estudo quantitativo, realizado com mulheres de até um ano pós-parto acompanhadas pela Atenção Primária do município. A coleta se deu através da aplicação de um questionário sobre Violência Obstétrica e pela Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, os dados foram computados em uma planilha do Microsoft Excel e analisados pelo programa IBM SPSS, a correlação das variáveis foi feita pelo teste Qui-quadrado e Exato de Fisher. A depressão pós-parto foi identificada em mais da metade das mulheres (55%). Foi verificada uma associação da doença com o impedimento ao aleitamento materno na primeira hora pós-parto, a não permissão do contato pele a pele, falta de informações sobre o parto durante o pré-natal e a falta de comunicação entre profissionais e parturientes durante o trabalho de parto. Também houve relação com a manobra de Kristeller e a amniotomia. Diante do exposto, conclui-se que são necessárias políticas que priorizem o acolhimento e humanização do pré-natal e assistência obstétrica, com garantia de informações, valorização da hora dourada e realização de práticas baseadas em evidências.

Palavras-chave: violência obstétrica; depressão pós-parto; período pós-parto.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the relationship between obstetric violence and postpartum depression among women in a municipality in the interior of Pernambuco. This was a quantitative study carried out with women up to one year postpartum who were being monitored by the municipality's primary care center. Data was collected using a questionnaire on Obstetric Violence and the Edinburgh Postpartum Depression Scale. The data was entered into a Microsoft Excel spreadsheet and analyzed using the IBM SPSS program, and the variables were correlated using the Chi-square test and Fisher's exact test. Postpartum depression was identified in more than half of the women (55%). There was an association between the disease and impediment breastfeeding in the first hour after giving birth, not allowing skin-to-skin contact, lack of information about childbirth during prenatal care and lack of communication between professionals and the parturient during labor. There was also a relationship with the Kristeller maneuver and amniotomy. view of the above, we conclude that policies are needed to prioritize user embracement and humanizing prenatal care and obstetric care, guaranteeing information, valuing the golden hour and carrying out evidence-based practices.

Keywords: obstetric violence; postpartum depression; postpartum period.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
MÉTODOS.....	7
RESULTADOS.....	8
DISCUSSÃO.....	14
Perfil sociodemográfico.....	14
Antecedentes pessoais, obstétricos e familiares.....	16
Acompanhamento pré-natal.....	16
Violência obstétrica e Depressão pós-parto.....	17
Limitações do estudo.....	18
Contribuições para a enfermagem.....	19
CONCLUSÕES.....	19
REFERÊNCIAS.....	19
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO.	23
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	26

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **Enfermagem em Foco**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM NO ANEXO A.

INTRODUÇÃO

Violência obstétrica é o termo utilizado no Brasil para designar um atendimento obstétrico que inclui negligências, desrespeito, violência, práticas sem eficácia científica comprovada e sem o consentimento da parturiente, que afetam o seu protagonismo e autonomia. ^(1,2) As intervenções durante o trabalho de parto e parto, surgiram com a evolução da medicina, quando as parteiras perderam o espaço para prestar assistência ao parto e deram lugar ao parto instrumental, medicalização e a cesárea. Atualmente, diálogos sobre a violência obstétrica têm ganhado notoriedade devido a sua alta incidência. ⁽³⁾

A violência obstétrica apresenta índices alarmantes no país, o que demonstra um estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo, no ano de 2010, relatando que uma em cada quatro mulheres já sofreu violência obstétrica. ⁽⁴⁾ Em paralelo, uma pesquisa da Fiocruz identificou que a assistência obstétrica no Brasil tem caráter institucional e é fortemente intervencionista, sendo 52% dos nascimentos no país ocorridos através da via cirúrgica, 43% pela via vaginal com algum tipo de intervenção e apenas 5% dos partos foram via vaginal sem intervenção. ⁽⁵⁾

Com relação aos procedimentos realizados, a pesquisa identificou que as formas de violência obstétrica mais frequentes foram a posição litotômica, presente em 91.7% dos partos, a episiotomia com incidência de 53.5% e a manobra de Kristeller, realizada em 36.1% das parturientes. ⁽⁵⁾

Essas práticas realizadas durante o trabalho de parto e parto, podem trazer consequências para a saúde materna e fetal. Alguns dos efeitos da violência obstétrica são a prematuridade iatrogênica, hipóxia neonatal, distócias, necessidade de internação em UTI, hemorragia pós-parto, infecção puerperal e aumento da morbimortalidade materna e neonatal. ⁽⁶⁾

Além das consequências físicas, há também prejuízos para a saúde mental da mulher vítima de violência obstétrica. ⁽⁷⁾ As condutas desrespeitosas e violentas durante o parto têm sido associadas ao desenvolvimento de depressão pós-parto (DPP), que é caracterizada como um transtorno depressivo maior e pode durar até um ano pós-parto. ^(8,9) A DPP manifesta-se com sintomas como humor deprimido,

perda de interesse pelas atividades diárias, agitação, insônia, ganho ou perda de peso, negligências com o bebê, sentimento de culpa e ideação suicida, manifestações que afetam também a criança. ⁽⁷⁾

Os primeiros meses de vida do bebê são essenciais para o seu desenvolvimento, logo, o comportamento, as expressões e o cuidado da mãe são percebidos e absorvidos por ele durante esta fase da vida. A depressão compromete a criação do vínculo mãe e filho, implicando em consequências no desenvolvimento infantil e na afetividade do binômio. ⁽¹⁰⁾ Além dos impactos na relação, o comportamento materno influencia nos padrões alimentares e de sono da criança, resultando também na redução da autoeficácia materna para amamentar e no desmame precoce. ⁽¹¹⁾

As dificuldades enfrentadas no puerpério e a depressão pós-parto são uma realidade bastante frequente no Brasil. Um estudo de larga escala realizado no país identificou uma prevalência de 26.3%, atingindo mais de uma em cada quatro mulheres brasileiras. ⁽¹²⁾

Diante do contexto observado, da alta incidência e prevalência de violência obstétrica e depressão pós-parto no Brasil, delimitou-se a seguinte questão norteadora: Qual a relação da violência obstétrica e a depressão pós-parto em mulheres de um município do interior de Pernambuco?. O estudo teve como objetivo investigar a relação da violência obstétrica e depressão pós-parto em mulheres de um município do interior de Pernambuco.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de natureza quantitativa, realizado no município de Vitória de Santo Antão - Pernambuco, nos meses de outubro a dezembro de 2023. A amostra foi composta por 60 mulheres que estavam no primeiro ano pós-parto e foram acompanhadas pela Atenção Básica do município.

A seleção das participantes convergiu para o método não-probabilístico, utilizando-se a técnica de amostragem por conveniência. Como critérios de inclusão delimitaram-se: idade maior ou igual a 18 anos, entre 5 dias e 12 meses pós-parto e que realizaram o parto via vaginal. Como critérios de exclusão, utilizaram-se: mulheres em tratamento antidepressivo ao engravidarem, com complicações que

impossibilitaram a coleta de dados ou com déficit cognitivo comprovado pelo mini exame do estado mental.

A coleta de dados ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde do município, em sala reservada, respeitando a privacidade das participantes. As entrevistas foram realizadas nos dias de consultas de puericultura, nos quais as mães levam os bebês para realizar o acompanhamento do desenvolvimento, sendo o dia mais viável para contatar as participantes.

As entrevistas tiveram duração média de 20 a 30 minutos e ocorreram mediante a aplicação de dois instrumentos: um formulário de entrevista sobre violência obstétrica, desenvolvido pelas autoras da pesquisa com base nas categorias B, C e D do manual Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento e na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal ⁽¹³⁾

O segundo instrumento utilizado foi a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), que é utilizada para o rastreamento da DPP e foi desenvolvida no ano de 1987 por Cox, Holden e Sagovsky na cidade de Edimburgo, na Escócia e validado no Brasil no ano 1999. O questionário consiste em dez perguntas que avaliam humor, sono, desempenho e ideação suicida. Cada pergunta varia de zero a três pontos e mulheres que totalizam dez pontos ou mais são consideradas pacientes com sintomas de depressão pós-parto. ⁽¹⁴⁾

Os dados foram tabulados em uma planilha do Microsoft Excel e utilizou-se o programa IBM SPSS versão 25 para a obtenção dos cálculos estatísticos. Foi realizada a correlação entre variáveis do questionário sobre violência obstétrica e a pontuação obtida na EPDS, através do teste Qui-quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher, quando a condição para a utilização do teste qui-quadrado não foi verificada. O nível de significância na decisão de testes estatísticos foi de 5,0%, sendo considerado associação significativa se $P < 0,05$.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, tendo como CAAE o número 70139423.4.0000.9430.

RESULTADOS

Na Tabela 1 apresentam-se os dados referentes ao perfil sociodemográfico das participantes, ressaltando que a maior parte tinha idade entre 21 e 24 anos (41,7%), e o menor percentual correspondeu às que tinham entre 18 e 20 anos (16,7%).

Relativo à raça/cor, o maior percentual correspondeu às mulheres pardas (70%). Entre as entrevistadas, 43,3% estavam solteiras. Mais da metade possuía mais de 11 anos de estudo (51,7%).

Grande parte das mulheres estava desempregada (81,7%) e os percentuais das que trabalhavam com carteira assinada, eram autônomas ou outra ocupação variaram de 3,3% a 8,3%. Referente à renda pessoal, esta variou de zero a dois mil reais, com média de 685,70; quanto a renda familiar, a média foi de 1.309,62, sendo o menor valor de 170,00 e o maior de 7.000,00. Menos da metade informou possuir rede de apoio nos cuidados com o filho (46,7%).

Tabela 1. Avaliação do perfil sociodemográfico de puérpera. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2024.

Variável	n(%)
TOTAL	60(100,0)
Faixa etária	
18 a 20	10(16,7)
21 a 24	25(41,7)
25 a 30	12(20,0)
31 ou mais	13(21,7)
Raça/Cor	
Branca	9(15,0)
Preta	5(8,3)
Amarela	4(6,7)
Parda	42(70,0)
Estado civil	
Solteira	26(43,3)
Casada	13(21,7)
União estável	21(35,0)
Anos de estudos	
Até 8	15(25,0)
9 a 11	14(23,3)
Mais de 11	31(51,7)
Ocupação	
Trabalho com carteira assinada	2(3,3)
Autônoma	4(6,7)
Desempregada	49(81,7)
Outra	5(8,3)
Renda pessoal	
Nenhuma	14(23,3)
170 a 750 reais	19(31,7)
800 reais ou mais	25(41,7)
Não informado	2(3,3)
Renda familiar (salários-mínimos)	
Até um salário	28(46,7)
Mais de um	21(35,0)
Não sabe	11(18,3)

Rede de apoio	
Sim	28(46,7)
Não	32(53,3)

Na Tabela 2 apresentam-se os resultados dos antecedentes pessoais, obstétricos e familiares. Observa-se que do histórico obstétrico, o maior percentual correspondeu àquelas que tiveram três ou mais gestações (43,3%), 41,7% tiveram um parto; a maioria nunca sofreu nenhum tipo de aborto (73,3%) e 26,7% relataram um ou dois abortos.

Relativo ao histórico de saúde mental das mulheres, 30% admitiram possuir ou ter possuído algum transtorno, sendo 13,3% ansiedade generalizada, 8,3% depressão, 5% para outros transtornos, um caso de bipolaridade e um caso de mais de um transtorno simultaneamente. 50% relataram que um familiar possui transtorno mental, sendo os mais citados ansiedade e depressão, cada um citado por 18,3% das participantes e 11,7% relataram outros transtornos.

Tabela 2. Antecedentes pessoais, obstétricos e familiares de puérpera. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2024.

Variável	n(%)
TOTAL	60(100,0)
Número de gestações	
Uma	20(33,3)
Duas	14(23,3)
Três ou mais	26(43,3)
Número de partos	
Um	25(41,7)
Dois	15(25,0)
Três ou mais	20(33,3)
Número de abortos	
Nenhum	44(73,3)
1 a 2	16(26,7)
Possui ou já possuiu algum transtorno mental?	
Sim	18(30,0)
Não	42(70,0)
Se sim à questão 13, qual o transtorno?	
Nenhum	42(70,0)
Depressão	5(8,3)
Bipolaridade	1(1,7)
Ansiedade generalizada	8(13,3)
Outro	3(5,0)
Mais de um transtorno	1(1,7)
Alguém na sua família possui algum transtorno mental?	
Sim	30(50,0)
Não	30(50,0)

Se sim, qual o transtorno?	
Nenhum	30(50,0)
Depressão	11(18,3)
Ansiedade generalizada	11(18,3)
Outro	7(11,7)
Mais de um transtorno	1(1,7)

Na Tabela 3 apresentam-se os resultados referentes ao acompanhamento pré-natal, onde 66,7% de mulheres não planejaram a gestação e 85% tiveram uma gravidez desejada; 73,3% das participantes realizaram sete consultas pré-natais ou mais. A totalidade das entrevistadas tiveram gestação única e destas, 68,3% foi de risco habitual; grande parte (96,7%) informou não ter realizado plano de parto e 50% não foi informada sobre os riscos e benefícios da cesárea e do parto normal. Pouco mais da metade (55%) foi convidada a participar de rodas de gestantes durante a gravidez, e 45% compareceram ao encontro. A maioria dos partos foram em gestação a termo, sendo 86,7% ocorridos entre 37 e 41 semanas, e dos que ocorreram antes de 37 ou mais de 41 semanas foi verificada uma frequência de 6,7% para cada um.

Tabela 3. Acompanhamento pré-natal anterior de puérpera. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2024.

Variável	n(%)
TOTAL	60(100,0)
Sua gravidez foi planejada?	
Sim	20(33,3)
Não	40(66,7)
Sua gravidez foi desejada?	
Sim	51(85,0)
Não	9(15,0)
Número de consultas no pré-natal	
Não sabe	1(1,7)
1 a 6	15(25,0)
7 ou mais	44(73,3)
Tipo de gestação	
Única	60(100,0)
Gemelar	-
A gestação foi de risco habitual ou de alto risco?	
Risco habitual	41(68,3)
Alto risco	19(31,7)
Durante o pré-natal, foi realizado um plano de parto?	
Sim	2(3,3)
Não	58(96,7)
Durante o pré-natal, foi informada sobre os riscos e benefícios da cesárea e do parto vaginal?	
Sim	30(50,0)
Não	30(50,0)
Durante o pré-natal, você foi convidada para participar de alguma roda de gestante?	
Sim	33(55,0)

Não	27(45,0)
Se sim à questão 24, você participou da roda de gestante?	
Sim	27(45,0)
Não	6(10,0)
Não se aplica	27(45,0)
Idade gestacional no momento do parto (semanas)	
< 37	4(6,7)
37 a 41	52(86,7)
> 41	4(6,7)

A Tabela 4 relaciona a violência obstétrica com a pontuação obtida na EPDS. Verifica-se que a única questão com associação significativa ($p < 0,05$) foi “Foi impedido ou dificultado o aleitamento materno na primeira hora pós-parto, sem motivos relatados?” na qual 100% das mulheres que responderam “Sim” foram sugestivas para a DPP, contra 47,1% entre as que responderam “Não”.

Embora sem demais associações significativas, observa-se que o percentual de mulheres com depressão pós-parto foi mais elevado em mulheres que responderam “Não” à pergunta “Durante o pré-natal, foi informada sobre os riscos e benefícios da cesárea e do parto vaginal?” (66,7%). Na questão “Os sintomas apresentados e os procedimentos que foram realizados eram explicados?” os percentuais de DPP foram maiores nas mulheres que responderam “Nunca” (80%). O percentual foi mais elevado nas mulheres que foram submetidas a manobra de Kristeller (75%), assim como nas que realizaram amniotomia (66,7%). Dentre as mulheres que tiveram o filho afastado após o parto, 87,5% pontuaram acima de 10 na EPDS; 50% das mulheres que ficaram na posição de litotomia durante o parto tiveram sintomas de DPP, o percentual foi de 80% para as que ficaram em outra posição. Por fim, o percentual de depressão pós-parto foi mais elevado em mulheres que não sofreram episiotomia, do que nas que receberam o procedimento (60% x 30%).

Tabela 4. Violência obstétrica e depressão pós-parto de puérpera. Vitória de Santo Antão - PE, Brasil, 2024.

Variável	Escala de depressão pós-parto de Edimburgo		TOTAL n (%)	Valor de p	OR (IC à 95%)
	< 10 pontos n (%)	≥ 10 pontos n (%)			
Durante o pré-natal, foi informada sobre os riscos e benefícios da cesárea e do parto vaginal?				$p^{(1)} = 0,069$	
Sim	17(56,7)	13(43,3)	30(100,0)		2,6 (0,9 a 7,5)
Não	10(33,3)	20(66,7)	30(100,0)		1,0
Grupo Total	27(45,0)	33(55,0)	60(100,0)		

Realização de amniotomia (ruptura da bolsa pelos profissionais de saúde)?				$p^{(1)} = 0,069$
Sim	10(33,3)	20(66,7)	30(100,0)	1,0
Não	17(56,7)	13(43,3)	30(100,0)	2,6 (0,9 a 7,5)
Grupo Total	27(45,0)	33(55,0)	60(100,0)	
Foi permitida a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto?				$p^{(2)} = 0,245$
Sim	27(47,4)	30(52,6)	57(100,0)	**
Não	-	3(100,0)	3(100,0)	
Grupo Total	27(45,0)	33 (55,0)	60 (100,0)	
Prescrição de dieta durante o trabalho de parto:				$p^{(1)} = 0,511$
Sim	17(48,6)	18(51,4)	35(100,0)	1,4 (0,5 a 4,0)
Não	10(40,0)	15(60,0)	25(100,0)	1,0
Grupo Total	27 (45,0)	33 (55,0)	60 (100,0)	
Uso de medicação para acelerar o trabalho de parto				$p^{(2)} = 0,789$
Sim	7(38,9)	11(61,1)	18(100,0)	**
Não	19(47,5)	21(52,5)	40(100,0)	**
Não sabe	1(50,0)	1(50,0)	2(100,0)	**
Grupo Total	27(45,0)	33(55,0)	60(100,0)	
Prescrição de repouso no leito				$p^{(1)} = 0,697$
Sim	6(50,0)	6(50,0)	12(100,0)	1,3 (0,4 a 4,6)
Não	21(43,8)	27(56,3)	48(100,0)	1,0
Grupo Total	27(45,0)	33(55,0)	60(100,0)	
Os sintomas apresentados e os procedimentos que foram realizados eram explicados?				$p^{(2)} = 0,193$
Sempre	21(52,5)	19(47,5)	40(100,0)	**
Às vezes	4(40,0)	6(60,0)	10(100,0)	**
Nunca	2(20,0)	8(80,0)	10(100,0)	**
Grupo Total	27 (45,0)	33 (55,0)	60 (100,0)	
Número de toques vaginais realizados				$p^{(2)} = 0,918$
Nenhum	2(50,0)	2(50,0)	4(100,0)	**
Até 3	16(47,1)	18(52,9)	34(100,0)	**
4 ou mais	9(40,9)	13(59,1)	22(100,0)	**
Grupo Total	27(45,0)	33(55,0)	60(100,0)	
Os exames de toque foram realizados sempre pelo mesmo profissional?				$p^{(1)} = 0,984$
Sim	8(44,4)	10(55,6)	18(100,0)	1,0
Não	17(44,7)	21(55,3)	38(100,0)	1,0 (0,3 a 3,1)
Grupo Total	25(44,6)	31(55,4)	56(100,0)	
O exame de toque foi em algum momento desrespeitoso, doloroso ou a deixou exposta de maneira inadequada?				$p^{(1)} = 0,488$
Sim	9(39,1)	14(60,9)	23(100,0)	1,0
Não	16(48,5)	17(51,5)	33(100,0)	1,5 (0,5 a 4,3)
Grupo Total	25(44,6)	31(55,4)	56(100,0)	
Foi permitida a presença de um acompanhante durante o parto?				$p^{(2)} = 0,620$
Sim	26(46,4)	30(53,6)	56(100,0)	**
Não	1(25,0)	3(75,0)	4(100,0)	

Grupo Total	27(45,0)	33(55,0)	60(100,0)	
Você escolheu a posição para parir?				$p^{(1)} = 0,714$
Sim	16(47,1)	18(52,9)	34(100,0)	1,2 (0,4 a 3,4)
Não	11(42,3)	15(57,7)	26(100,0)	1,0
Grupo Total	27(45,0)	33(55,0)	60(100,0)	
Qual foi o seu posicionamento durante o parto?				$p^{(2)} = 0,162$
Litomia (deitada de costas)	25(50,0)	25(50,0)	50(100,0)	**
Outra posição	2(20,0)	8(80,0)	10(100,0)	
Grupo Total	27(45,0)	33(55,0)	60(100,0)	
Realização de episiotomia (corte entre a vagina e o ânus)				$p^{(2)} = 0,097$
Sim	7(70,0)	3(30,0)	10(100,0)	3,5 (0,8 a 15,2)
Não	20(40,0)	30(60,0)	50(100,0)	1,0
Grupo Total	27(45,0)	33(55,0)	60(100,0)	
Você recebeu orientação para fazer força durante o parto?				$p^{(2)} = 0,495$
Sim	24(47,1)	27(52,9)	51(100,0)	1,8 (0,4 a 7,9)
Não	3(33,3)	6(66,7)	9(100,0)	1,0
Grupo Total	27(45,0)	33(55,0)	60(100,0)	
Realização de manobra de Kristeller (uso de força em cima da barriga)				$p^{(1)} = 0,119$
Sim	3(25,0)	9(75,0)	12(100,0)	1,0
Não	24(50,0)	24(50,0)	48(100,0)	3,0 (0,7 a 12,5)
Grupo Total	27(45,0)	33(55,0)	60(100,0)	
O seu filho foi afastado de você após o parto, sem motivos relatados?				$p^{(2)} = 0,063$
Sim	1(12,5)	7(87,5)	8(100,0)	**
Não	26(50,0)	26(50,0)	52(100,0)	
Grupo Total	27(45,0)	33(55,0)	60(100,0)	
Foi impedido ou dificultado o aleitamento materno na primeira hora pós-parto, sem motivos relatados?				$p^{(1)} = 0,003^*$
Sim	-	9(100,0)	9(100,0)	**
Não	27(52,9)	24(47,1)	51(100,0)	
Grupo Total	27(45,0)	33(55,0)	60(100,0)	

(**) Não foi calculado devido à ocorrência de frequências nulas ou muito baixas

(1) Teste Qui-quadrado de Pearson

(2) Teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico

Os resultados do perfil sociodemográfico das participantes, dispostos na Tabela 1, apontaram que a média de idade foi de 25 anos, e a faixa etária mais frequente foi entre 21 e 24 anos (41,7%), com predominância de mulheres de cor parda (70%). O índice apontado foi superior, quando comparado a um estudo realizado no estado de

Alagoas, que relatou um percentual de 45% de mulheres pardas, com maior número de participantes de idade entre 22 e 27 anos. ⁽¹⁵⁾

Quanto ao estado civil, evidenciou-se que as mães solteiras formam maioria, seguidas das mulheres em união estável e o menor percentual correspondeu às mulheres casadas (43,3%, 35% e 21,7% respectivamente). Há variações na literatura sobre as relações conjugais de mães com crianças na primeira infância, apontando predominância de mulheres solteiras, ou de mulheres casadas, entretanto, este dado é relativo de acordo com a região e população alvo do estudo. ^(16,17) Nesse contexto, a criação de um filho sem o apoio do cônjuge pode implicar em dificuldades financeiras e uma sobrecarga materna, especialmente para aquelas em situação de vulnerabilidade social. ⁽¹⁸⁾

Em relação ao nível de escolaridade, este foi superior a 11 anos de estudo em 51,7% dos casos, ratificando o resultado apresentado por Santos (2023), em que observa-se 42% das participantes apresentarem um elevado grau de escolaridade. ⁽¹⁹⁾ Entretanto, apesar das entrevistadas possuírem um letramento considerável, a taxa de desemprego foi de 81,7%. Quanto à renda pessoal, 41,7% das mulheres recebia R\$ 800,00 ou mais, oriundos de programas governamentais para a população de baixa renda, e quase metade das mulheres entrevistadas possuíam renda familiar de até um salário mínimo (46,7%), achado semelhante a outro estudo realizado com população materna. ⁽¹⁵⁾ O nível de escolaridade pode ser um fator determinante para a ocorrência de violência obstétrica, pois a falta de letramento dificulta a compreensão dos fatores relacionados ao parto e a autonomia para a tomada de decisões durante a assistência, assim como o baixo poder aquisitivo. ⁽²⁰⁾

Em relação a rede de apoio das participantes, que trata-se de um suporte advindo do companheiro, familiares ou amigos que auxiliam nos cuidados com o bebê, menos da metade (46,7%) relatou possuir ajuda para a execução das atividades diárias. A rede de apoio é um importante alicerce para a readaptação da mulher após a maternidade, pois permite uma redução da sobrecarga materna com a divisão de tarefas e proporciona maior segurança e conforto para a mãe, possibilitando um cuidado afetivo e responsável com o bebê. ⁽²¹⁾

Os dados expostos na Tabela 1, são cruciais para o entendimento dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) que acometem a população de mulheres com até um ano pós-parto, estes podem influir diretamente para o desenvolvimento

de agravos à saúde materna e infantil ou contribuir para a promoção do bem estar do binômio. ⁽²²⁾

Antecedentes pessoais, obstétricos e familiares.

O histórico obstétrico das pacientes, investigado através do questionário sobre violência obstétrica, identificou que a maior parte das entrevistadas tiveram três ou mais gestações (43,3%). Contudo, quanto ao número de partos, o maior percentual correspondeu àquelas que realizaram um parto (41,7%), divergindo do número de gestações supracitadas. A diferença em questão pode ser justificada pelo número de abortos registrados, em que 26,7% relataram já ter sofrido algum tipo de aborto.

Quanto ao histórico de doenças mentais nas mulheres do estudo, mais de ¼ informou que tem ou teve algum transtorno mental (30%), sendo o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) o mais recorrente (13,3%). O histórico familiar de doenças mentais apresentou níveis ainda mais alarmantes, 50% das participantes afirmaram ter familiares com transtornos mentais, sendo os mais frequentes a depressão e ansiedade, ambos citados por 18,3% das mulheres. O resultado está de acordo com o de uma revisão sistemática de 2010, que percebeu uma variação de 19% a 34% de transtornos mentais em mulheres brasileiras. ⁽²³⁾

Acompanhamento pré-natal

Os resultados apontam que a maioria das mulheres não teve a gravidez planejada (66,7%), entretanto, a gestação foi desejada por 85% delas, dado que revela o desejo pela maternidade, mas também a falta de planejamento familiar na Atenção Primária da localidade estudada. O achado é semelhante em regiões brasileiras distintas, onde a taxa de gravidezes não planejadas é de 67.5%, um alerta para a situação de saúde materna no país. ⁽²⁴⁾

Ainda na tabela 3, observa-se que 73,3% das mulheres realizaram mais de 6 consultas pré-natais durante a gestação, recomendação mínima do Ministério da Saúde, discrepante da realidade brasileira, com um percentual de 34% de cobertura pré-natal, de acordo com os dados do Previne Brasil. ⁽²⁵⁾ As estratégias de humanização durante o pré-natal foram escassas, o plano de parto não foi realizado com apenas 3,3% das mulheres, e as rodas de gestantes foram citadas por pouco mais da metade, essas condutas fortalecem a gestante através do conhecimento

passado, gerando autonomia, protagonismo e segurança para a vivência do parto e da maternidade. ⁽²⁶⁾

Violência obstétrica e Depressão pós-parto

Das variáveis correlacionadas com a pontuação da EPDS, apenas uma obteve resultado significativo, de acordo com os testes estatísticos aplicados. A variável em questão foi sobre o impedimento do aleitamento materno na primeira hora pós-parto, na qual a totalidade das mulheres que não puderam amamentar seus bebês na hora dourada, teve resultado positivo para a DPP. O aleitamento na primeira hora pós-natal, recomendado pela Organização Mundial de Saúde, é determinante para uma boa adaptação do bebê ao mundo externo, influenciando para um padrão saudável de sinais vitais, para a criação do vínculo mãe e filho e para o sucesso do aleitamento materno exclusivo, bem como a continuidade da amamentação nos primeiros anos de vida do bebê. ⁽²⁷⁾

Prover alimento ao bebê na hora de ouro é considerado um fator de proteção para a autoeficácia materna em amamentar, promovendo segurança e estímulo para o prosseguimento da amamentação. Por sua vez, a descontinuidade do aleitamento materno está diretamente relacionada com o desenvolvimento de depressão pós-parto, demonstrando a importância do incentivo e permissão para que a mulher amamente na primeira hora pós-natal. ⁽²⁸⁾

Embora apenas a variável do aleitamento tenha se mostrado significativa, o estudo teve outros achados importantes. A depressão pós-parto foi notoriamente mais elevada em mulheres que tiveram seus filhos afastados de si após o parto (87,5%), convergindo com o resultado trazido acima. O dado em questão reforça a importância da hora dourada, momento de contato pele a pele e estímulo ao aleitamento, ocasião fundamental para a proteção à saúde mental da mulher, propiciando um puerpério e a relação do binômio mais saudáveis. ⁽²⁷⁾

Os dados mostram uma menor prevalência de depressão pós-parto nas mulheres que foram informadas sobre os riscos e benefícios da cesárea e do parto vaginal (43,3%), em comparação com aquelas que não receberam orientações sobre o parto (66,7%). A preparação para o parto durante o pré-natal é uma estratégia para o fortalecimento da humanização da assistência, e a falta dessas informações mostra uma fragilidade no cuidado que pode expor a mulher a situações de violência obstétrica. ⁽²⁹⁾ Do mesmo modo, percebeu-se que mulheres

que não receberam explicação sobre os procedimentos e sintomas apresentados durante o trabalho de parto foram mais susceptíveis ao desenvolvimento da doença (80%), apontando a importância de uma comunicação efetiva entre profissional e paciente durante todo o ciclo gravídico puerperal.

Mulheres que foram submetidas a amniotomia e manobra de Kristeller durante o parto apresentaram maior índice de depressão pós-parto (66,7 e 75% respectivamente). Essas práticas podem ser consideradas violências obstétricas, quando realizadas sem evidências, de modo a acelerar o trabalho de parto sem indicação para isso. ⁽¹⁾ Os procedimentos realizados de maneira inadequada, sem consentimento e conhecimento da parturiente, causam elevados níveis de estresse que podem traumatizar a experiência do parto, contribuindo para o desenvolvimento da doença. ^(29,30)

Por fim, foi registrado um quantitativo maior de depressão pós-parto em mulheres que não receberam episiotomia, em comparação com as que receberam. Do mesmo modo, mulheres que ficaram na posição litotômica durante o parto tiveram menos indícios da doença, que aquelas que ficaram em outras posições. O dado surpreende, pois as práticas são consideradas violências obstétricas e provocam intenso desconforto à paciente que os recebe. ⁽²⁾ Entretanto, supõe-se que o resultado se deu devido a uma baixa ocorrência de episiotomia nas mulheres investigadas (16,6%), discrepante da realidade brasileira (53,5%) ⁽⁵⁾

Ressalta-se que a DPP pode afetar até 80% das mulheres ao redor do mundo, de acordo com o nível de desenvolvimento do país. No Brasil, observa-se que a doença acomete uma em cada quatro pessoas, número considerado elevado, o que demonstra que a ineficiência no cuidado à saúde mental de puérperas é uma questão de saúde pública e deve ser tratada com maior prioridade pelos profissionais, visando o bem estar do binômio mãe e filho. ⁽¹²⁾

Limitações do estudo

Dentre as limitações do estudo, encontra-se uma população restrita devido à maior prevalência de nascimentos através da cirurgia cesárea. Ademais, o estudo não incluiu menores de idade e mulheres acompanhadas pelo setor privado. Por fim, o instrumento utilizado para a identificação da depressão pós-parto é uma escala de rastreamento, não garantindo o diagnóstico da doença.

Contribuições para a enfermagem

O estudo aponta a importância do cuidado à saúde mental das mulheres e a necessidade de uma comunicação efetiva durante toda o acompanhamento gravídico-puerperal, em que o enfermeiro desempenha funções de destaque, realizando acolhimento, escuta ativa e educação em saúde, para uma vivência do parto de forma mais segura e agradável. Além disso, o estudo traz a importância do conhecimento sobre evidências científicas e a minimização de intervenções durante o trabalho de parto.

CONCLUSÕES

A pesquisa possibilitou a compreensão da relação entre a violência obstétrica e depressão pós-parto no cenário de estudo. Diante do exposto, conclui-se que as formas de violência obstétrica que mais contribuíram para o desenvolvimento da depressão pós-parto estão ligadas a humanização da assistência, acolhimento e comunicação efetiva, desde a atenção primária até a terciária. As intervenções na hora dourada, que dificultam o contato pele a pele e o aleitamento materno, tiveram maior impacto para a DPP, mostrando a importância da valorização e respeito a este momento crucial para a criação do vínculo mãe e filho.

REFERÊNCIAS

1. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MC. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2022 Fev;27(2):483-491.
2. Annborn A, Finnbogadóttir HR. Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery.* 2022 Fev;105:2-7.
3. Bitencourt AC, Oliveira SL, Rennó GM. Significado de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao parto. *Enferm. foco (Brasília).* 2021 Dez;12(4):783-793.
4. Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. 2010. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf.
5. Fundação Oswaldo Cruz. Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa. Fiocruz. 2014. Disponível em:

https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf.

6. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. *Cien Saude Colet*. 2019 Ago;24(8):2811-2824.
7. Araújo IS, Aquino KS, Fagundes LKA, Santos VC. Postpartum Depression: epidemiological clinical profile of patients attended in a reference public maternity in salvador-ba. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019 Mar;41(03):155-163.
8. Silveira MF, Mesenburg MA, Bertoldi AD, Mola CL, Bassani DG, Domingues MR, et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: findings from the 2015 pelotas birth cohort study. *J. Affect. Disord*. 2019 Set;256:441-7.
9. Crippa JAS, et al. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5 ed. Estados Unidos: Artmed; 2014.
10. Alves BKG, Silva EG. Depressão pós-parto e seus efeitos na relação mãe-bebê. *Rev. Iniciaç. Cient. Ex*. 2021 Mai;4(1):536-547.
11. Abuchaim ESV, Caldeira NT, Lucca MM, Varela M, Silva IA. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. *Acta Paul Enferm*. 2016 Dez;29(6):664-670.
12. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN, Leal MC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the birth in brazil national research study, 2011/2012. *J. Affect. Disord*. 2016 Abr;194:159-167.
13. Ministério da Saúde. Diretriz nacional de assistência ao parto normal. 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretriz_assistencia_parto_normal.pdf.
14. Santos MF, Martins FC, Pasqual L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)*. 1999 Mar;26(2):90-5.
15. Silva JKAM, Santos AAP, Ponte CO, Silva JMO, Nascimento YCML, Santos CIR. Identificação de sinais precoces de alteração/ transtorno mental em puérperas para promoção do autocuidado. *R Pesq Cuid Fundam*. 2024 Jan;16:1-7.
16. Alves VGS, Mota MC, Pagliari C. Características sociodemográficas relacionadas ao conhecimento dos benefícios do aleitamento materno. *Rev Paul Pediatr*. 2021 Mar;39:1-9.

17. Silva AM, Calumby RT, Freitas VS. Perfil epidemiológico e prevalência de nascidos vivos com fissura orofacial no Brasil: um estudo descritivo. *Rev Paul Pediatr.* 2024;42:1-9.
18. Bennati AP, Campeol AR, Machado MS, Pereira CRR. Famílias monoparentais: uma revisão sistemática da literatura. *Psicol. ciênc. prof.* 2021 Set;41(3):1-14.
19. Santos IS, Blumenberg C, Munhoz TN, Matijasevich A, Santos Júnior HG, Santos LM, et al. Course of depression during the first 2 years postpartum among Brazilian women enrolled in a conditional cash transfer program. *Int J Soc Psychiatry.* 2023 Mar;69(5):1193-1201.
20. Souza ACAT, Lucas PHCS, Lana TC, Lindner SR, Amorim T, Felisbino-Mendes MS. Violência obstétrica: uma revisão integrativa. *Rev. enferm. UERJ.* 2019 Dez;27:1-7.
21. Vanderlinde LF, Borba GA, Vieira ML. Importância da rede social de apoio para mães de crianças na primeira infância. *RCH.* 2009 Out;43(2):429-443.
22. Silva N, Silva WAP, Ca EA, Cruz GS, Nogueira MRN, Nunes RM, et al. Determinantes sociais de saúde de crianças em consulta de puericultura: das condições socioeconômicas aos aspectos relacionados à saúde bucal. *Arq. ciências saúde UNIPAR.* 2023 Mai;27(2):740-794.
23. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. bras. psiquiatr.* 2010 Ago;59(3):238-246.
24. Nilson TV, Amato AA, Resende CN, Primo WQSP, Nomura RMY, Costa ML, et al. Gravidez não planejada no Brasil: um estudo nacional em oito hospitais universitários. *Rev. saúde pública.* 2023;57(35):1-9.
25. Schonholzer TE, Zacharias FCM, Amaral GG, Fabriz LA, Silva BS, Pinto IC. Indicadores de desempenho de la Atención Primaria del Programa Previne Brasil. *Rev. latinoam. enferm. (Online).* 2023;31:e4009.
26. Macedo JC, António I, Macedo E, Lopes MF. O plano de parto como mecanismo de proteção do direito à autodeterminação da mulher em contexto obstétrico em Portugal. *Rev. bioét. derecho.* 2023;58:223-242.
27. Monteiro BR, Silva VGF, Bezerra CDS, Pinto ESG, Souza NL. Contato imediato entre mãe e recém-nascido na primeira hora de vida: um estudo transversal. *Rev. RENE.* 2023;24:1-10.
28. Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Di Lucca MM, Silva IA. Autoeficácia para amamentação e depressão pós-parto: estudo de coorte. *Rev. latinoam. enferm. (Online).* 2018;26:e3035:1-8.

29. Gonçalves MF, Teixeira EMB, Silva MAS, Corsi NM, Ferrari RAP, Pelloso SM, et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Rev. gaúch. enferm.* 2017;38(3):1-8.
30. Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev. saúde pública (Online)*. 2017;51(69):1-11.

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO

Tipo de Artigo

Título em Português

Título em Inglês

Título em Espanhol

Descritores

xxx; xxx; xxx

Descriptors

xxx; xxx; xxx

Descriptores

xxx; xxx; xxx

Três a cinco extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br> ou do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>. Separar por ponto e vírgula e com iniciais em maiúsculo.

Resumo

Objetivo: xxxx. **Métodos:** xxxx. **Resultados:** xxxx. **Conclusões ou Considerações Finais:** xxxx.

Abstract

Objective: xxxx. **Methods:** xxxx. **Results:** xxxx. **Conclusions or Final Considerations:** xxxx.

Resumen

Objetivo: xxxx. **Métodos:** xxxx. **Resultados:** xxxx. **Conclusiones ou Consideraciones Finales:** xxxx.

INTRODUÇÃO

Seguir as orientações quanto a margens (2,5 cm) e parágrafos (1 cm).

Evitar subtítulos, e quando indispensáveis iniciar em maiúscula e em negrito.

Verificar as normas quanto à utilização de referências, abreviações e figuras.

As citações devem estar entre parênteses e inseridas depois da pontuação. Exemplo:⁽¹⁾

Destacar a lacuna do conhecimento na área estudada.

O Objetivo deve ser o último parágrafo da introdução e ser igual ao apresentado no resumo.

MÉTODOS

Verificar no **CHECKLIST** os subtítulos a serem utilizados para os artigos de pesquisa.

Destacar os subtítulos em **negrito**.

Não é necessário citar as Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016.

Incluir o número do CAEE nos aspectos éticos.

RESULTADOS

Subtítulos (se houver) devem estar em **negrito**.

Tabelas, Quadros (de forma editável) e outras Figuras (fluxograma e diagrama, sempre que possível, editáveis) devem ser inseridas no corpo do manuscrito.

Para Tabelas ou Quadros, informar o título acima. **Fonte, indicar somente se apresentar dados de terceiros.**

Para Figuras, inserir o título abaixo da imagem.

Atenção às abreviações. Em títulos de figuras e subtítulos as abreviações devem estar por extenso. Outras abreviações devem ser informadas em nota.

Tabelas contendo frequência e percentual devem ter a informação em uma mesma coluna, sem espaço, da seguinte forma:

Variáveis	n(%)
Masculino	25(25,0)
Feminino	75(75,0)

Siga as Instruções aos Autores.

DISCUSSÃO

Sempre deverá ser apresentada separada dos resultados.

Destacar os subtítulos (se houver) em **negrito**.

Inserir subtítulos **Limitações do Estudo** e **Contribuições para a Área**, conforme indicados nas normas.

CONCLUSÕES (artigo quantitativo) ou CONSIDERAÇÕES FINAIS (artigo qualitativo)

REFERÊNCIAS

1. Criar uma lista numerada. Não utilizar marcadores (ditar os números).
2. Não utilizar ferramentas geradoras de referências. Desabilitar macros ativas (ex. Mendeley, Endnote, etc.). Elas devem estar livres para a normalização.
3. Verificar se há referências repetidas.
4. Estar nas recomendações Vancouver, conforme exemplos nas Instruções aos Autores.
5. Serão aceitas referências de preprint (até uma).

Formato e estrutura dos manuscritos

Os manuscritos devem ser apresentados em arquivo do *Microsoft Office Word®*, formato A4, margens de 2,5 cm, letra Times News Roman fonte 12 e espaçamento entre linhas 1,5 em todo o texto, incluindo tabelas e quadros. **Não devem ser enviados arquivos em formato pdf.**

Serão aceitos textos nos idiomas português, espanhol e inglês. O inglês e o espanhol deverão vir com certificação de tradutor.

Pelo menos um autor deve ser enfermeiro, devidamente identificado nos metadados.

Normas para Artigos Originais

Estes manuscritos devem ter, no máximo, 3.500 palavras, excluindo títulos, resumos, descritores e referências. Devem conter: **Introdução com objetivos ao final; Métodos** com tipo do estudo, população e amostra, local do estudo, coleta de dados com data, análise dos dados, procedimentos éticos; **Resultados (separados da discussão); Discussão; Limitações do estudo e Contribuição para a prática** ao final, em subitem separado; **Considerações Finais ou Conclusão. Referências – limitadas a 35** (trinta e cinco). Serão aceitos até 8 (oito) autores, sendo obrigatório a inclusão de, pelo menos, um enfermeiro.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

CENTRO ACADÊMICO DE
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
CAV/UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência obstétrica e depressão pós-parto em mulheres de um município do interior de Pernambuco

Pesquisador: Tatiana Ferreira da Costa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 70139423.4.0000.9430

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.282.571

Apresentação do Projeto:

Trata-se da análise da carta resposta referente ao parecer deste CEP emitido em 24.08.23. As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações básicas da pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2137715..pdf de 24/08/23) ou e/ou Projeto detalhado (24/08/23). Trata-se de um Projeto de pesquisa para TCC de Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, sob Orientação da Profa. Ma. Dra. Tatiana Ferreira da Costa. Tem como objetivo identificar a relação entre a violência obstétrica e a depressão pós-parto. Trata-se de um estudo transversal exploratório, de abordagem quantitativa, realizado por meio da aplicação de um questionário sobre violência obstétrica, elaborado pela autora do projeto, e a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, com mulheres que estejam no puerpério. A coleta de dados ocorrerá entre os meses de agosto a novembro de 2023 (se aprovado pelo comitê de ética), nas 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas por conveniência, nos dias de consulta de puericultura, ocasião em que as puérperas levam seus filhos para acompanhamento de rotina. A amostra será composta por 200 mulheres entre 5 dias e 12 meses pós-parto.

Critérios de inclusão: mulheres com idade igual ou superior a 18 anos de idade, mulheres com mínimo 5 dias e máximo de 12 meses pós-parto, mulheres que fazem acompanhamento nas UBS

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cep.cav@ufpe.br

**CENTRO ACADÊMICO DE
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 6.282.571

do município de Vitória de Santo Antão, residentes do município e mulheres que realizaram o parto via vaginal. Critérios de exclusão: puérperas que desenvolveram complicações que impossibilitam a coleta de dados, além daquelas que possuem déficit cognitivo identificado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), fatores que podem interferir na compreensão do questionário. Para correlacionar os dados, será aplicado o Teste de Correlação de Spearman. É esperado que os resultados da pesquisa mostrem que existe uma relação entre violência obstétrica e depressão pós parto. O presente estudo contemplará os princípios éticos da resolução nº 466/2012.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Investigar a relação da violência obstétrica com a depressão pós-parto em puérperas

Específicos

1. Identificar em puérperas a ocorrência da violência obstétrica durante o parto.
2. Avaliar a depressão pós-parto em puérperas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

O estudo avalia acontecimentos do parto e puerpério, portanto, apresenta o risco de constrangimento frente às recordações. Para minimizar esse risco, será assegurado o sigilo sob seus dados, sendo acessados apenas pelas pesquisadoras, também serão informadas que não haverá julgamento acerca das respostas e sobre a possibilidade de desistência de sua participação na pesquisa em caso de qualquer desconforto.

Visto a necessidade de aplicação de dois questionários e a realização do MEEM, a participante corre o risco de fadiga, para minimizar esse risco, a pesquisadora estará disponível para realizar pausas entre as respostas aos questionários, de acordo com a necessidade de cada participante.

Existe também o risco de quebra de sigilo, e para amenizar esse risco, os dados coletados serão armazenados pela pesquisadora responsável, em pastas de arquivos pessoais.

Benefícios

A pesquisa vigente pode trazer benefícios para assistência pré-natal, ao parto e puerpério, pois

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cep.cav@ufpe.br

**CENTRO ACADÊMICO DE
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 6.282.571

aborda a qualidade de assistência ofertada e as consequências desse acompanhamento. Portanto, o estudo contribuirá para profissionais de saúde da assistência obstétrica, servirá como base para futuras pesquisas que abordem a mesma temática e indiretamente irá promover uma melhor qualidade de vida para gestante/puérpera e recém-nascido através de uma assistência qualificada por profissionais capacitados e cientes das consequências de uma má assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de caráter acadêmico para analisar a relação da violência obstétrica com a depressão pós-parto em puérperas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide Campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide Campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em análise desta carta resposta:

1- Descrever no item 7.7 Aspectos éticos e no TCLE como será assegurado acompanhamento clínico , nos casos de pacientes que apresentarem pontuação igual ou superior a 10 pontos na EPDS. A pesquisadora descreve apenas que irá comunicar a Enfermeira do serviço " a pesquisa utiliza um instrumento de rastreamento para a depressão pós-parto, a EPDS, as pacientes que apresentarem pontuação igual ou superior a 10 pontos na EPDS terão seu caso repassado para o (a) Enfermeiro (a) que coordena a UBS, para a devida condução do quadro clínico.

RESPOSTA: Foram realizadas todas as modificações, conforme solicitado. Abaixo é descrito com mais detalhes as alterações realizadas (ITEM, PÁGINA, DOCUMENTO).

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cep.cav@ufpe.br

**CENTRO ACADÊMICO DE
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
CAV/UFPE**



Continuação do Parecer: 6.282.571

DOCUMENTO: TCLE e Projeto detalhado

Página: 1 (TCLE); 27 (Projeto detalhado)

Item: "Informações sobre a pesquisa" (TCLE); 7.7 (Projeto detalhado).

SITUAÇÃO: ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2137715.pdf	24/08/2023 08:53:32		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	24/08/2023 08:52:13	Tatiana Ferreira da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_Eugenia_Gabriela_novo.pdf	24/08/2023 08:51:57	Tatiana Ferreira da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Eugenia_Gabriela_novo.pdf	24/08/2023 08:51:35	Tatiana Ferreira da Costa	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_prefeitura_vsa.pdf	14/08/2023 21:40:22	Tatiana Ferreira da Costa	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto01.pdf	14/08/2023 21:37:33	Tatiana Ferreira da Costa	Aceito
Outros	Escala_de_depressao_pos_parto_de_Edimburgo.pdf	19/07/2023 12:00:02	Tatiana Ferreira da Costa	Aceito
Outros	Curriculo_Jose_Flavio.pdf	19/07/2023 11:59:38	Tatiana Ferreira da Costa	Aceito
Outros	Curriculo_Tatiana_Ferreira.pdf	19/07/2023 11:59:18	Tatiana Ferreira da Costa	Aceito
Outros	Curriculo_Eugenia_Gabriela.pdf	19/07/2023 11:58:54	Tatiana Ferreira da Costa	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_e_Confidencialidade_novo.pdf	19/07/2023 11:56:44	Tatiana Ferreira da Costa	Aceito
Outros	Questionario_Violencia_Obstetrica.pdf	19/07/2023 11:56:02	Tatiana Ferreira da Costa	Aceito

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cep.cav@ufpe.br

CENTRO ACADÊMICO DE
VITÓRIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
CAV/UFPE



Continuação do Parecer: 6.282.571

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA DE SANTO ANTAO, 05 de Setembro de 2023

Assinado por:
Zailde Carvalho dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Dr. João Moura, 92 Bela Vista

Bairro: Matriz

CEP: 55.612-440

UF: PE

Município: VITORIA DE SANTO ANTAO

Telefone: (81)3114-4152

E-mail: cep.cav@ufpe.br