

**KARINA JUNQUEIRA DE SOUZA**

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA: PROPOSTA DE  
MODELO PREDITIVO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

**BRASÍLIA, 2014**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**KARINA JUNQUEIRA DE SOUZA**

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA: PROPOSTA DE  
MODELO PREDITIVO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Universidade de Brasília

Orientadora: Dra. Daphne Rattner

**BRASÍLIA  
2014**

**KARINA JUNQUEIRA DE SOUZA**

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA: PROPOSTA DE  
MODELO PREDITIVO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da  
Universidade de Brasília

Aprovada em 27 de agosto de 2014.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Daphne Rattner (orientadora)  
Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz  
Universidade de São Paulo

---

Profa. Dra. Maria Margarita Urdaneta Gutierrez  
Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Leila Posenato Garcia (suplente)  
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

*para meu esposo Moisés*

## **AGRADECIMENTOS**

A Professora Daphne, que aceitou me orientar e participou com tanto entusiasmo e dedicação na construção deste trabalho.

Aos membros da banca examinadora, Professora Simone, Professora Margarita e Professora Leila, pelas contribuições e por terem aceitado, prontamente, o convite para integrá-la.

Aos participantes da Chamada Neonatal que trabalharam com tanto esforço e que tornaram possível esta pesquisa.

## RESUMO

**Introdução:** A depressão tem etiologia multifatorial, atingindo um significativo número de mulheres no pós-parto com estimativas de prevalência entre 7,2% à 39,4%. Especialistas em saúde materna têm encontrado associação positiva dos distúrbios psiquiátricos do período puerperal, inclusive depressão, com experiências negativas associadas à atenção obstétrica. Várias categorias de violência na atenção obstétrica têm sido utilizadas para análise dessa condição, como aquelas da Organização Mundial da Saúde ou aquelas, recentemente, propostas pela Escola de Saúde Pública de Harvard, nos Estados Unidos. No entanto, nenhuma dessas categorias contempla dimensões mais amplas da atenção obstétrica como às relacionadas ao Sistema de Saúde e aos Serviços de saúde. O presente estudo propõe uma nova categorização da violência institucional na atenção obstétrica e busca sua associação com depressão pós-parto. **Métodos:** Revisão da literatura científica a partir de uma pesquisa nos bancos de dados *Scopus*, análise de artigos que se encontravam nas referências bibliográficas das fontes indexadas e livros e teses sobre violência institucional na atenção obstétrica. Organizou-se os artigos em categorias, tendo como base um modelo conceitual de qualidade de cuidado a partos e nascimentos. Criaram-se indicadores de violência institucional na atenção obstétrica e construiu-se um modelo de regressão logística, a fim de buscar a associação entre violência com depressão pós-parto. **Resultados:** Identificou-se uma alta prevalência de depressão pós-parto, sendo maior em mulheres adolescentes e de raça não branca, e uma forte associação positiva entre os diversos indicadores de violência na atenção obstétrica com depressão pós-parto. Observou-se, também, interação positiva em escala multiplicativa da violência profissional por negligência com raça e com idade, da violência profissional física com idade e da violência profissional verbal com raça. **Conclusão:** A partir dos resultados dessa investigação, conclui-se que os indicadores utilizados para refletir a violência institucional na atenção obstétrica mostraram-se positivamente associados à depressão pós-parto o que nos leva a refletir sobre a necessidade de mudanças de atitude destes profissionais e que estas atendam aos preceitos da política de humanização. **Palavras-chave:** Violência Institucional; Violência contra a mulher; Depressão Pós-Parto; Saúde da Mulher; Humanização; Epidemiologia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Depression has a multifactorial etiology, affecting a significant number of women postpartum. Estimates of prevalence of postpartum depression are under 7.2% to 39.4%. Maternal health experts have found a positive association between psychiatric disorders postpartum period, including depression, and negative experiences associated with obstetric care. Several categories of violence in obstetric care have been used for analysis, such as those of the World Health Organization and those, recently, proposed by the USAID-Traction Project, Harvard School of Public Health, in the United States. However, none of them have included broader dimensions of obstetric care as those related to the Health System and to the Health Services. This study proposes a new categorization of institutional violence in obstetrics and seeks its association with postpartum depression.

**Methods:** Review of the scientific literature from a survey of banks in Scopus data, and analysis of articles that were indexed in the bibliography of sources, besides books and thesis on institutional violence in obstetric care, were used. The articles were organized into three categories, based on a conceptual model of quality of care in labor and delivery, where the interactions between them, users, professionals, institutions and society influence care. Indicators of institutional violence in obstetrics were created and a logistic regression model was built, in order to seek an association between violence and postpartum depression.

**Results:** The model identified a higher prevalence of postpartum depression among adolescent women and non-white race, and a strong positive association between several indicators of violence in obstetric care with postpartum depression. It was, also, observed a positive interaction on a multiplicative scale, between violence by professional negligence with race and age, professional physical violence with age and verbal violence with professional race.

**Conclusion:** The indicators used to reflect the institutional violence in obstetrics proved to be positively associated with postpartum depression, which leads to a reflection on the needs for adequacy of obstetric care to the precepts of humanization policies.

**Keywords:** Institutional Violence; Violence against women; Postpartum Depression; Women's Health; Humanization; Epidemiology.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** – Modelo conceitual de avaliação da qualidade da assistência a partos e nascimentos, proposto por Rattner, 2001 \_\_\_\_\_

33

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 2 –

- Tabela 1** – Caracterização da população estudada segundo variáveis sócio demográficas e sócio econômicas e relacionadas à atenção obstétrica. Distrito Federal, 2011 \_\_\_\_\_ 70
- Tabela 2** – Prevalência de depressão pós-parto e intervalos de confiança de 95% (IC95%) em mulheres com filhos menores de 3 meses. Distrito Federal, 2011 \_\_\_\_\_ 73
- Tabela 3** – *Odds ratio* (OR) bruto para depressão pós-parto e intervalos de confiança de 95% (IC95%) em mulheres com filhos menores de 3 meses de idade, segundo variáveis selecionadas. Distrito Federal, 2011 \_\_\_\_\_ 75
- Tabela 4** – Modelo preditivo com *odds ratio* (OR) ajustado para depressão pós-parto e intervalo de confiança de 95% (IC95%), em mulheres com filhos menores de 3 meses de idade, segundo variáveis selecionadas. Distrito Federal, 2011 \_\_\_\_\_ 76

## LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1** – Indicadores de violência institucional e variáveis utilizadas para compor os indicadores utilizados no modelo preditivo para depressão pós-parto. *Chamada Neonatal*. Distrito Federal, 2011 \_\_\_\_\_ 35
- QUADRO 1** – Revisão de literatura utilizada para proposta de categorização da violência institucional na atenção obstétrica \_\_\_\_\_ 46
- QUADRO 2** – Categorias de violência institucional propostas segundo modelo conceitual de qualidade do cuidado de Rattner, 2001 \_\_\_\_\_ 49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CI 95%	Intervalo de Confiança de 95%
CID-10	Versão 10 do Código Internacional de Doenças
DF	Distrito Federal
dp	desvio padrão
DSC	Departamento de Saúde Coletiva
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais IV
EPDS -6	Versão Reduzida da Escala de Edimburgo
EPDS	Escala de Edimburgo para Depressão Pós-Parto
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FS	Faculdade de Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	Odds ratio
PP	Pós-Parto
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SPSS	Statistical Package for Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
VI	Violência Institucional
VPF	Violência Profissional Física
VPN	Violência Profissional por Negligência
VPV	Violência Profissional Verbal
VSer	Violência do Serviço
VSis	Violência do Sistema
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL</b>	
2.1 O CUIDADO E O “DES”CUIDADO INSTITUCIONALIZADOS	15
2.1.1 Modelos de atenção ao parto	15
2.1.2 A violência no “des”cuidado	18
2.1.3 Violência Institucional na atenção obstétrica	20
2.2 DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS DO PERÍODO PUERPERAL	24
2.2.1 Depressão pós parto	26
<b>3.OBJETIVOS</b>	
3.1 GERAL	29
3.2 ESPECÍFICOS	29
<b>4.MÉTODOS</b>	
4.1 DESENHO DO ESTUDO, POPULAÇÃO E AMOSTRA	30
4.2 INSTRUMENTOS	31
4.3 CATEGORIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA	32
4.4 INDICADORES	33
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	36
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICA	36
<b>5.RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	
5.1 Artigo 1: Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de categorização para análise	39
5.2 Artigo 2: Violência institucional na atenção obstétrica e sua associação com depressão pós-parto	62
<b>6.CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>88</b>
<b>7.REFERÊNCIAS</b>	<b>89</b>
<b>8.ANEXOS</b>	<b>98</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU) ao analisar os maiores problemas mundiais no evento conhecido como “Cúpula do Milênio das Nações Unidas” ocorrido em Nova York, Estados Unidos, no ano de 2000, estabeleceu oito objetivos para o desenvolvimento do milênio (ODM) que devem ser atingidos pelos países membros até o ano de 2015. Os ODM abrangem ações no intuito do combate à miséria, melhoria do ensino básico, igualdade de gênero e autonomia das mulheres, redução da mortalidade infantil, combate à AIDS e à malária, além de outras doenças, a sustentabilidade ambiental e a parceria mundial para o desenvolvimento. Dentre os ODM, encontra-se aquele que preconiza a melhoria da saúde da gestante, medida, entre outros, pelos indicadores proporção de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados, proporção de crianças nascidas por número de consultas no pré-natal e taxa de mortalidade materna. Esses indicadores têm norteado ações no intuito de compreender melhor as barreiras existentes no uso do atendimento médico especializado (OMS 2013).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2013 mostram que, globalmente, houve redução das taxas de mortalidade materna, aumento da cobertura pré-natal e aumento da cobertura de atenção ao parto por profissionais habilitados entre os anos de 1990 e 2010, inclusive com alcance de algumas das metas estipuladas para o ano de 2015 (OMS 2013). Entretanto, ainda há problemas sérios no que se refere ao acesso aos serviços de saúde e à qualidade da atenção a partos e nascimentos (MORSE *et al.* 2011). Parada *et al.* ressaltam que indicadores relacionados a outras dimensões da avaliação da qualidade do cuidado a partos e nascimentos como, por exemplo, aqueles relacionados às questões de gênero, não têm sido privilegiados (PARADA *et al.* 2008). Ademais, os fenômenos que caracterizam situações de violência institucional na atenção obstétrica estão presentes e requerem ações emergentes que modifiquem esta condição (D’OLIVEIRA *et al.* 2002).

Especialistas concordam que o desrespeito e o abuso no parto, em instituições especializadas, representam uma importante causa de sofrimento para a mulher, são uma importante barreira na utilização destes serviços e influenciam a qualidade do cuidado à parturiente (AGUIAR *et al.* 2011; BOWSER *et al.* 2010;

D'OLIVEIRA *et al.* 2002; D'GREGORIO 2010; DIAS *et al.* 2006; DINIZ *et al.* 2006; GOMES *et al.* 2008; HOTIMSKY *et al.* 2002; MELLO *et al.* 2008; MISAGO *et al.* 2001; RATTNER 2009). Dentre as repercussões negativas de uma atenção obstétrica desrespeitosa encontra-se a depressão pós-parto. Embora de origem multifatorial, a depressão pós-parto pode estar relacionada a eventos associados ao parto (ARRAIS 2005; ALVARADO-ESQUIVEL *et al.* 2010; SCHWAB *et al.* 2012). Sentimentos como aqueles de desamparo durante o parto, frustração pela submissão a uma cesariana quando o desejo da mulher era o da realização do parto normal, o inadequado controle da dor e a percepção negativa da gestante sobre a assistência que recebeu da equipe têm sido associados à depressão pós-parto. Os impactos negativos advindos dos transtornos psiquiátricos no período pós-parto são, ainda, claramente nocivos ao vínculo da mãe-filho (SANTOS 2013).

Considerando que o desrespeito e abuso na atenção obstétrica nas instituições de saúde podem repercutir negativamente nas condições de saúde mental das mulheres (MOLEMAN *et al.* 1992; ARRAIS 2005; OLDE *et al.* 2006; MARS *et al.* 2009; ZAMBALDI *e al.* 2009; GARTHUS-NIEGEL *et al.* 2013) e que o quinto objetivo de desenvolvimento do milênio é a melhoria das condições de saúde materna, busca-se com este estudo propor uma categorização da violência institucional na atenção obstétrica e verificar a associação dos indicadores destas categorias com sintomas de depressão PP, de modo a gerar informações que contribuam para mudanças de atitudes na assistência em saúde materna e que atendam aos preceitos da política de humanização.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

### 2.1 O CUIDADO E O “DES”CUIDADO INSTITUCIONALIZADOS

#### 2.1.1 Modelos de atenção ao parto

Para compreender como a cultura influencia o cuidado no nascimento nos tempos atuais, a antropóloga Robbie Davis-Floyd identificou os modelos tecnocrático, o humanista e o holístico (DAVIS-FLOYD 2001). No modelo tecnocrático, a mulher é vista como uma máquina defeituosa, e o bebê como o produto de um processo industrial. Assim como em uma indústria, o processo é organizado de maneira padronizada e hierárquica, com investimento na autoridade do médico e perda da responsabilidade da paciente. Nesse cenário, é necessário o desenvolvimento de ferramentas e tecnologias a fim de manipular ou melhorar o processo do nascimento, que é, intrinsecamente, considerado defeituoso. O modelo humanista trata o corpo como um organismo, valorizando os aspectos biológico, psicológico e social e o modelo holístico abrange uma grande variedade de procedimentos que variam desde a terapia nutricional até métodos de cura como aqueles trazidos pela medicina Chinesa. O corpo não é visto como uma máquina, tampouco como um organismo, mas como energia (DAVIS-FLOYD 2001).

A avaliação científica das práticas de assistência evidenciou a efetividade de uma atenção ao parto com um mínimo de intervenções sobre a fisiologia, e de muitos procedimentos centrados nas necessidades das parturientes, ao invés de organizados em função das necessidades das instituições (NAGAHAMA *et al.* 2005). Apesar do rigor científico preconizado pelo modelo tecnocrático, onde o uso da tecnologia norteia o cuidado, a maioria das rotinas obstétricas tem pouca ou nenhuma evidência científica que as justifique; metade das técnicas utilizadas por médicos rotineiramente nunca foram submetidas a testes rigorosos (OLIVEIRA *et al.* 2005; DINIZ *et al.* 2006). Apenas como exemplo, a realização da episiotomia de forma rotineira foi durante muitos anos adotada sem base em estudos clínicos bem conduzidos. Revisão sistemática da literatura realizada por Carvalho *et al.* no ano de 2010 mostrou que o uso deste procedimento causa prejuízos para a saúde, contraindicando, assim, essa prática de maneira rotineira – deveria ser adotada apenas em alguns casos, com indicações bem específicas (CARVALHO *et al.* 2010). De acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, muitas das práticas

rotineiras foram consideradas como fatores de risco de morbidade materna e infantil. A publicação *Maternidade Segura* traz a classificação de práticas ineficazes ou prejudiciais que devem ser eliminadas e aquelas para as quais não existem evidências suficientes que apoiem a sua clara recomendação (OMS 1996). No Brasil, a portaria 1.459 de 2011 do Ministério da Saúde que instituiu a Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados materno infantil, traz informações sobre boas práticas de atenção ao parto e nascimentos nos preceitos da política de humanização.

Considerando que o uso irracional de tecnologia no parto provoca mais danos que benefícios (BRENES 1991; DIAS *et al.* 2006; NAGAHAMA *et al.* 2005; BEHRUZI *et al.* 2010), iniciou-se há mais de 30 anos um movimento desenhado para priorizar a tecnologia apropriada ao parto e a desincorporação de tecnologia danosa, denominado humanização do parto (DINIZ 2005). A humanização do parto pode ser vista como um amplo movimento social relacionado a saúde materna, ocorrido na América Latina e no Caribe como parte de uma reação contra a mecanização do parto (BOWSER *et al.* 2010). Ela baseia-se no princípio de que o corpo é um organismo, dando importância ao processo de relativização do cuidado, da importância do acolhimento, do toque, da gentileza. O modelo de humanização leva em consideração os aspectos biológico, psicológico e social e enfatiza que o cuidado deve ser baseado em evidências e não deve ser, simplesmente, o reflexo das tradições médicas (DAVIS-FLOYD *et al.* 2010).

Segundo Rattner, há um forte movimento internacional que aborda a humanização da atenção a nascimentos e partos como uma resposta à mecanização na organização do trabalho e à violência institucional (RATTNER 2009). Para Diniz, humanização refere-se a iniciativas de mudanças nas práticas para coibir as várias formas de violência institucional de gênero na saúde reprodutiva. Incorpora-se a ela uma ideia de um tratamento acolhedor, não intimidativo e promotor de direitos, além da incorporação da medicina baseada em evidências; é também um termo estratégico menos acusatório para dialogar com os profissionais de saúde sobre esta violência (DINIZ 2005; DINIZ 2006). Para Rios, a humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana e constitui um processo que visa a transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção a saúde e de gestão de serviços (RIOS 2009a). Para os pesquisadores brasileiros, a

humanização no parto promove a ativa participação da mulher em todos os aspectos de seu auto cuidado, é promovida por médicos e outros profissionais da saúde trabalhando juntos como iguais, é baseada em evidências científicas, com utilização de tecnologias também baseadas em evidências, ocorre em sistema de atendimento descentralizado com a participação de instituições de alta priorização de cuidado primário com base na comunidade e é factível de ser implementada ao se analisar custo-benefício (MISAGO *et al.* 2001; RATTNER 2009). Um parto e nascimento tranquilo, respeitoso, assistido com base em evidências científicas, sem intervenções desnecessárias, com presença de acompanhante de escolha da mulher, em um ambiente amigável e que gere uma memória favorável desta experiência para todos os envolvidos é o que preconiza a Rede de Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa - uma organização da sociedade civil que vem atuando desde 1993 no Brasil, cujo objetivo principal é a disseminação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científica e em conformidade com as recomendações da OMS (RATTNER *et al.* 2010).

A humanização da assistência foi introduzida na política pública federal, a partir do ano 2000, com o lançamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. As iniciativas do Ministério da Saúde integravam duas linhas de atuação estratégicas complementares, quais sejam, o estímulo ao parto normal e humanizado e o desincentivo às cesáreas desnecessárias (RATTNER 2009).

A despeito das políticas de humanização baseadas nas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que enfatizam intervenções mínimas no caso de parto normal de baixo risco, o Brasil apresenta indicadores que revelam uma prática intervencionista na experiência de parto das mulheres, demonstrada pela alta taxa de nascimento por cesariana. Preconizada pela OMS como sendo em torno de 15%, a taxa média de cesárea no Brasil para o ano de 2010 foi de 52% (WHO 1985; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2012). Entre os anos de 2011 e 2012, foi realizado o primeiro inquérito nacional sobre partos e nascimentos no Brasil, em uma parceria entre a FIOCUZ e o Ministério da Saúde. Dados deste inquérito mostram as altas taxas de cesáreas que colaboram ainda mais para a ocorrência de complicações e mortes maternas (LEAL *et al.* 2012). Se por um lado a cesariana realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a mortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeitos opostos, inclusive por consumir recursos preciosos do sistema de saúde (BRASIL 2013).

### 2.1.2 A violência no “des”cuidado

Violência é um fenômeno complexo e extremamente difuso. Defini-la não é uma ciência, mas uma forma de julgamento. Noções do que seja ou não aceitável em termos de comportamento e do que constitui dano são influenciadas por aspectos culturais que estão em constantes mudanças. O termo tem natureza polissêmica, podendo ser usado tanto em contextos relacionados a homicídios, quanto em contextos relacionados a maus tratos emocionais, verbais e psicológicos. Há, portanto, violências diversas, implicando atores diversos, acontecendo sob diferentes formas e exigindo diferentes respostas (KRUG *et al.* 2002).

Buscando a compreensão inicial dos significados acerca da violência na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem, Dias, em sua tese de mestrado, relata inúmeras formas de violência exercida por esses trabalhadores no seu processo de cuidar, dentre elas o que a pesquisadora denominada de “des”cuidado, ou seja, aquilo que não se veio buscar ou a violência silenciosa ou do não compromisso. “Des” cuidado, portanto, foi um termo utilizado por Dias para abordar a violência visível e invisível no cuidado institucionalizado à saúde – a violência institucional (DIAS 2002).

Violência Institucional é uma expressão cunhada na história recente para definir a utilização de castigos, abusos e atrocidades praticadas nas prisões, escolas e instituições psiquiátricas com a conivência do Estado e da sociedade (RIOS 2009). Um dos pioneiros dos estudos sobre violência institucional foi Erving Goffman em seu livro que trata de instituições totais (KUNZE 2009). As pesquisas de Goffman foram uma importante inspiração política para a reforma das instituições de tratamento psiquiátrico que ocorreu no Brasil na década de 1970, através de seus questionamentos sobre as finalidades das instituições: “humanização ou objetificação dos internos? Acompanhamento ou deterioração da experiência em si?” (FERREIRA 2012).

Na área da saúde, a violência institucional decorre das relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos. O não reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais, no interior de uma estrutura caracterizada pela rigidez hierárquica, controle, ausência de direitos ou recurso das decisões superiores; pela forma de circulação da comunicação apenas descendente, pela

disciplina autoritária e pelo descaso com relação aos aspectos humanísticos fizeram do hospital um lugar onde as pessoas são tratadas como coisas e prevalece o não respeito à sua autonomia e a falta de solidariedade. A alta credibilidade das pessoas no que consideram verdades científicas e o descrédito às outras formas de conhecimento potencializam a mecanização do cuidado (RIOS 2009a). O atendimento realizado de maneira mecânica, sem vínculo, afeto e respeito pela pessoa que o recebe pode se configurar como uma violência institucional, onde poder técnico do profissional oprime o direito do usuário (PEDROSA *et al.* 2011).

A violência institucional nem sempre se manifesta como violência, passando muitas vezes despercebida, não pelo fato de ser menos cruel, mas pela forma sutil com que se apresenta. Estes processos de dominação e de relação social podem estar tão arraigados na cultura que parecem até naturais (GAÍVA *et al.* 2002). As instituições de saúde, frequentemente, adotam várias formas de opressão de maneira sinérgica, reproduzindo comportamentos e rotinas discriminatórias sem que consigam reconhecer nessas rotinas seu conteúdo opressor (DINIZ 2006). Segundo Bowie, culturas organizacionais opressivas se apresentam de muitas formas como no gerenciamento autocrático, no turnos de trabalho pouco razoáveis, nas demissões e “enxugamentos”, nas reduções dos benefícios trabalhistas, nas condições precárias de trabalho e reduzida segurança, o que gera uma cultura de trabalho que tolera e estimula a violência organizacional – aquela em que as organizações permitem um clima de abuso físico, verbal e presença de práticas não éticas contra seus clientes/pacientes (BOWIE 2012). Mello *et al.* concebem a violência institucional como um fenômeno decorrente das relações de poder assimétricas e geradoras de desigualdades, presentes na sociedade contemporânea e incorporadas à cultura das relações sociais estabelecida em algumas instituições, sejam elas públicas ou privadas (MELLO *et al.* 2008).

Sob a perspectiva do Ministério da Saúde (BRASIL 2001) a violência institucional é aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso até a má qualidade dos serviços. Abrange desde abusos cometidos em virtude das relações de poderes desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até uma noção mais restrita de dano físico intencional.

### 2.1.3 Violência Institucional na atenção obstétrica

Vários descritores são utilizados para identificar a ocorrência de violência institucional em parturientes, quais sejam: violência obstétrica, violência no parto, abuso obstétrico, desrespeito e abuso, violência de gênero no parto e aborto, violência institucional de gênero no parto e aborto, assistência desumanizada, crueldade no parto, violação dos direitos humanos das mulheres no parto (DINIZ 2010; DESLANDES 2005; AGUIAR *et al.* 2013).

As manifestações dessa violência são diversas, dentre as quais se destacam: as peregrinações por diversos serviços na busca pelo atendimento, as longas esperas, maus tratos de profissionais para com usuários, frieza, rispidez, intimidação, falta de atenção, negligência, falta de insumos e violação dos direitos reprodutivos constituindo condutas que remetem à discriminação. Há ainda outras formas de violência contra mulheres em instituições especializadas no cuidado ao pré-natal e parto como, por exemplo, realização de cesáreas sem indicação clínica, práticas obstétricas não respaldadas por evidências científicas, práticas de esterilização não consentidas, discriminação racial (D'OLIVEIRA *et al.* 2002).

A violência pode ser um resultado da complexa interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais (DALBERG *et al.* 2007). Aspectos econômicos, geográficos e culturais relacionados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde reprodutiva, além dos poucos recursos e baixa qualidade dos serviços especializados são formas de violência estrutural, que se encontram conectados aos outros tipos de violência nas instituições de saúde (D'OLIVEIRA *et al.* 2002).

A violência estrutural é um termo que descreve as estruturas sociais – econômicas, políticas, legais, religiosas e culturais – que impedem os indivíduos, o grupo e a sociedade de atingirem seu completo potencial. Há uma desigual distribuição de recursos ou uma inabilidade em obtê-los. Ela começa na sociedade e de maneira inadvertida afeta o interpessoal e não consegue ser rastreada para uma pessoa específica, mas é disposta como poderes desiguais e opções desiguais (GALTUNG 1969).

Para Farmer, professor de antropologia médica da Escola de Medicina de Harvard nos Estados Unidos, a ideia de violência estrutural é próxima à injustiça social e opressão (FARMER 2001). Rattner (2010) utiliza o termo violência societal

como sinônimo. As instituições reproduzem valores e prioridades sociais hegemônicas, entre eles o acesso diferencial e privilegiado a recursos por setores sociais que detêm maior poder, sejam eles os mais ricos sobre os mais pobres, os homens sobre as mulheres, os brancos sobre os negros (DINIZ *et al.* 2006). As peregrinações por diversos serviços na busca pelo atendimento e as longas esperas são características do sistema de saúde brasileiro que, por serem tão arraigadas na cultura, não são muitas vezes reconhecidas como violência. Muitas vezes, médicos, administradores, funcionários da instituição e os próprios pacientes aceitam que “pacientes devam esperar pelo seu atendimento” (MINAYO 1998; D’OLIVEIRA *et al.* 2002; LEAPE *et al.* 2012). Pesquisa realizada em maternidades públicas brasileiras revela a condição desumana que é a insegurança produzida pela incerteza de conseguir uma vaga nos hospitais para assistência ao parto e a possibilidade de ter que peregrinar em busca da mesma (DIAS 2006; DESLANDES 2005). Esta peregrinação coloca em risco a saúde da gestante e do bebê, sendo que as mulheres negras, indígenas e migrantes são as que mais sofrem discriminação no acesso à saúde e, geralmente, são as mais vulneráveis a este tipo de violência institucional (VENTURA 2009).

Embora a peregrinação pela vaga para o parto seja uma realidade no sistema de saúde brasileiro, esta é contraditória à prática recomendada pela OMS e preconizada pela lei 11.634/07, que constitui como direito da gestante o conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá atendimento no parto. Para Deslandes, essas falhas do sistema de saúde são importantes barreiras ao desenvolvimento da atenção humanizada ao parto (DESLANDES 2005). Para Ventura, o desrespeito ao direito de não discriminação, de uma assistência efetiva e resolutiva, de acesso a todos os recursos disponibilizados pelo Sistema de saúde constitui um tipo de violência institucional e uma violação de normas éticas e legais de direitos humanos (VENTURA 2009).

No âmbito dos serviços de saúde, a violência institucional é aquela onde há a reprodução das desigualdades nas relações de poder presentes no espaço social para o âmbito hospitalar. Para Rios, ela deve ser compreendida a partir da perspectiva de um reflexo da organização macrossocial. As relações estabelecidas por meio de estruturas de dominação de classes, grupos, gêneros e faixas etárias demonstram a tensão existente em torno de privilégios e posições de poder (RIOS 2009). A violência é, também, aprendida, tolerada e reforçada na cultura hierárquica

das instituições de saúde. Para Galtung, os aspectos da cultura, da esfera simbólica da existência humana, que podem ser usados para justificar ou tornar legítima a violência direta ou estrutural, são denominados de violência cultural. Com a violência estrutural institucionalizada e a violência cultural internalizada, a violência direta, também, tende a ser tornar institucionalizada, repetitiva, ritualística – um triângulo vicioso (GALTUNG 1990).

A reflexão sobre a assistência ao parto foi uma das faces da violência institucional de gênero que mais evoluiu, e tem sido também um dos campos de institucionalização do debate de violência de gênero dentro das instituições em geral (DINIZ *et al.* 2006; WOLFF *et al.* 2008). A *Carta de Campinas* de fundação da ReHuNa já em 1993 denuncia as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente, as condições pouco humanas a que são submetidas as mulheres e crianças no momento do nascimentos (RATTNER *et al.* 2010).

Estudo antropológico crítico realizado por Gomes *et al.* em 2005 em um hospital público de Fortaleza, Ceará, investigando o impacto das iniquidades sociais no cuidado institucionalizado, revelam as experiências de pacientes que interpretam a hospitalização como abandono, solidão e aprisionamento. Segundo as autoras, o discurso dos pacientes retrata a prisão hospitalar sendo a alta hospitalar sua sonhada libertação, a volta para o seu mundo – “um alívio da violência institucional” segundo as autoras (GOMES *et al.* 2008).

A violência institucional na área da saúde emerge também através de serviços oferecidos em condições inadequadas, podendo implicar em danos físicos e psicológicos à mulher, assim como trazer sérias repercussões para a sua saúde sexual e reprodutiva (VENTURA 2009). As falhas estruturais como o espaço físico reduzido na sala de parto foram destacadas como um importante empecilho para o cumprimento das ações preconizadas pela política de humanização de parto e nascimento (NAGAHAMA 2008). Embora a lei 11.108/05 garanta às parturientes o direito à presença de acompanhante de sua escolha no trabalho de parto, parto e pós parto imediato no âmbito do SUS e a portaria GM/MS 2418/05 estenda este mesmo direito às mulheres assistidas nas instituições privadas, esta não é a realidade de grande parte dos hospitais brasileiros.

As regras institucionais são importantes para a organização dos serviços de saúde, no entanto, o privilégio exclusivo das normas e rotinas em detrimento das

necessidades das parturientes configuram uma assistência obstétrica que desfavorece a autonomia, o respeito e a dignidade das mulheres (NAGAHAMA *et al.* 2008, OLIVEIRA 2005) e constitui uma violência institucional perpetrada pelos próprios serviços de saúde (D'OLIVEIRA *et al.* 2002).

A despeito da ampliação do acesso aos serviços de saúde materna no SUS e da implantação de políticas de humanização do parto, abusos cometidos por profissionais de saúde contra gestantes e parturientes têm comprometido seriamente a saúde materna. Trabalho realizado por D'Oliveira *et al.* (2002) enfocou quatro tipos de violência observadas não só no Brasil, mas em diferentes países como Tanzânia, Peru, Chile, África do Sul, Canadá, Estados Unidos. São elas: a violência por negligência; a violência verbal ou psicológica, incluindo tratamentos grosseiros ameaças, gritos e humilhações; a violência física, incluindo a recusa deliberada da administração de anestésicos para aliviar o sofrimento das parturientes; a violência sexual. Segundo as autoras esses tipos assemelham-se aos praticados nas relações interpessoais. Todo ato ou omissão do profissional de saúde que leve à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres e que se expressem no tratamento desumano, no abuso da medicalização e no tornar patológico os processos naturais, fazendo com que a mulher perca a sua capacidade de decidir livremente sobre o seu corpo e sexualidade, impactando negativamente em sua qualidade de vida têm sido definido como violência obstétrica (D'GREGORIO 2010) . Para Rattner *et al.* (2010) a qualidade do processo de atenção à saúde reside tanto na competência relacionada aos aspectos técnicos quanto na competência relacionada a qualidade das relações interpessoais, estando a violência inserida nesse último.

Análise sobre violência institucional em maternidades sob a ótica de profissionais de saúde, realizada por Aguiar *et al.* no ano de 2008, em hospitais de São Paulo revela o quanto esses profissionais reconhecem o uso de práticas discriminatórias e desrespeitosas no cotidiano da assistência às parturientes. São exemplos citados dessas práticas o uso de jargões pejorativos, ameaças, reprimendas e negligência no manejo da dor. Essas práticas são percebidas pelos profissionais como um exercício de autoridade em um contexto considerado "difícil". Tal contexto revela a banalização da violência institucional que é travestida em boas práticas e torna-se invisível no cotidiano da assistência (Aguiar *et al.* 2013). Em pesquisa realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, na qual se ouviu a

opinião de 2.365 mulheres de 25 estados da federação, moradores de regiões urbanas e rurais, constatou-se que uma a cada quatro mulheres havia sofrido algum tipo de violência no parto, destacando-se o exame de toque doloroso. Dados de outra pesquisa sobre violência institucional em maternidades públicas de São Paulo (AGUIAR *et al.* 2011) revelam que as gestantes e parturientes reconhecem práticas discriminatórias e tratamentos grosseiros, pelos profissionais da saúde, e que essas experiências ocorrem de maneira frequente, revelando uma banalização desta violência.

## 2.2 DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS DO PERÍODO PUERPERAL

Os distúrbios psiquiátricos do período puerperal afligem um significativo número de mulheres e podem repercutir negativamente na saúde da mãe e do bebê (ANNIVVERNO *et al.* 2013; BROCKINTON 2004; HALBREICH 2005; MARS *et al.* 2009; MOLEMAN *et al.* 1992; SANTOS 2013; SCHWAB *et al.* 2012; WHITE *et al.* 2006). Infelizmente, o amplo espectro de desordens psiquiátricas relacionadas ao puerpério são pobremente compreendidas e conseqüentemente sub-diagnosticadas e sub-tratadas (HALBREICH 2005; MARRS *et al.* 2009).

Eventos relacionados ao parto passaram a ser estudados no contexto de saúde mental somente a partir de 1994 com a reedição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), publicado pela *American Psychiatric Association* (BAILHAN *et al.* 2003). O parto traumático foi definido como um evento que ocorre durante o trabalho de parto ou no momento do parto, que envolve real ou temida lesão física à mulher e ao recém-nascido. Durante esse evento, a puérpera experimenta medo intenso, desamparo, perda de controle e horror (MOLEMAN *et al.* 1992; BECK *et al.* 2004) que podem repercutir em eventos psiquiátricos, incluindo depressão (BERLIM *et al.* 2003).

Estudo transversal realizado por Wijma *et al.* (1997) em mulheres no período pós parto, encontrou sintomas psicológicos semelhantes ao transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) em mulheres que tiveram experiências negativas durante o parto. Menage (1993), ao estudar a associação de estresse psicológico com procedimentos obstétricos e ginecológicos, encontrou alta correlação entre variáveis relacionadas ao atendimento ao parto e TEPT. Dentre as variáveis que apresentaram alta correlação, pode-se citar: sentimento de perda de controle, falta

de informação, experiência de dor física, percepção de não ter sido adequadamente cuidada pela equipe de saúde e submissão a procedimentos não consentidos. O estado de sobrecarga hormonal da mulher no momento do parto a torna extremamente vulnerável a quaisquer influências nocivas ao seu redor, de modo que a falta de gentileza da equipe que a assiste nesse momento pode ter efeitos psicológicos devastadores (ROBINSON 2007).

Revisão crítica da literatura realizada por Olde *et al.* (2006), no *MEDLINE* e em banco de dados *PSYCHLIT*, investigando fatores de risco para sintomas de TEPT relacionados ao parto, encontrou que mesmo em partos considerados normais pela equipe de saúde alguns procedimentos obstétricos foram identificados como fatores de risco para o desenvolvimento do trauma. Dentre esses procedimentos pode-se citar: episiotomia, cesariana de emergência, anestesia epidural, insuficiente alívio da dor, sentimento de falta de controle por parte das mulheres, falta de informação e suporte pela equipe de saúde.

Zambaldi *et al.* (2009), utilizando bando de dados PubMed e BIREME, avaliaram estudos sobre parto traumático no período de 1994 até 2009, selecionando sete estudos de um total de 49 encontrados sobre o tema. Constataram que o parto traumático foi um evento frequente, ocorrendo em 30% das mulheres, e que repercutiu no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Nesses estudos, o trauma foi gerado devido à exposição da mulher a medo intenso de morrer ou da morte do bebê, dor intensa e prolongada, à sua percepção da assistência da equipe de saúde como inadequada, à falta de receber informação quanto ao procedimento ao qual estava sendo submetida, à sensação de perda de controle ou a alguma experiência humilhante (ZAMBALDI *et al.* 2009; ANNIVERNO *et al.* 2013). Corroborar este achado o de Garthus-Niegel na Noruega, ao realizar estudo longitudinal ao longo dos anos de 2008 à 2010, com o objetivo de adquirir maior compreensão sistemática da etiologia do TEPT no período pós parto. Esse pesquisador encontrou que uma das maiores associações com TEPT foi a experiência subjetiva das mulheres sobre o seu parto (GARTHUS-NIEGEL *et al.* 2013). Breslau *et al.* (2000) sugerem que eventos traumáticos aumentam o risco de depressão.

### 2.2.1 Depressão pós-parto

Pesquisas realizadas na área de neurobiologia sugerem que experiências altamente estressantes de violência e ameaças podem resultar em uma hiperativação e desregulação do sistema nervoso autônomo, traduzindo estresse em desordens emocionais (SAPOLSKY 2003; RAINNIE *et al* 2004). Estudiosos sobre saúde mental concordam que trauma é um fator de risco para o desenvolvimento de desordens psiquiátricas, incluindo a depressão (MEZEY *et al.* 2005; ZAMBALDI *et al.* 2009; SCHWAB *et al.* 2012; ANNIVERNO *et al.* 2013).

Segundo Robinson (2007), muitas mulheres apresentam depressão com elementos relacionados ao parto traumático mesmo sem diagnóstico de TEPT. Tese de doutorado defendida por Arrais na Universidade de Brasília, sobre as configurações subjetivas da depressão PP, encontrou que algumas experiências durante o parto, como aquelas relacionadas ao sentimento de desamparo, inadequado controle da dor, sentimento de frustração pela submissão a uma cesariana quando o desejo da mulher era o de ter um parto normal, foram algumas das variáveis associadas à instalação de um quadro de depressão no período pós parto (ARRAIS 2005).

Estudo realizado por Alvarado-Esquivel *et al.* (2010) a fim de determinar a prevalência de depressão pós-parto e características epidemiológicas associadas à ela, em mulheres atendidas em hospitais públicos de Durango, México, encontrou uma razão de chances de 7,71 de mulheres com depressão PP terem sido submetidas a estresse durante o parto. Estudo realizado por Schwab *et al.* (2012), com vistas a estudar o impacto do nascimento na ocorrência de trauma encontrou aumento significativo nos escores da escala de Edimburgo, para triagem de sintomas de depressão PP, em pacientes com história de parto traumático. Ademais, seis semanas após o parto, 60% das mulheres que tiveram parto traumático apresentaram sintomas depressivos. Estudo realizado por Albuquerque *et al.* (2008) encontrou associação positiva entre transtornos ansiosos e depressão PP, sendo que a depressão se mostrou oito vezes mais comum nas puérperas com TEPT. White *et al.*, a fim de investigar o curso de sintomas de TEPT após experiência de parto traumático e a extensão da ocorrência conjunta de sintomas de trauma e depressão no período pós parto, evidenciou alto grau de sobreposição no diagnóstico de TEPT e depressão PP, indicando que mulheres com TEPT terão,

comumente, escores elevados para triagem de depressão PP, especificamente, na Escala de Edimburgo (VAN SON *et al.* 2005; WHITE *et al.* 2006). Para Au *et al.* o transtorno do estresse pós-traumático e a depressão podem ser manifestações de uma resposta geral ao trauma e não desordens distintas (Au *et al.* 2013). Segundo Brockington (2004), pacientes com escores acima do limiar para triagem de sintomas depressivos ou que atendam aos critérios clínicos de depressão são heterogêneos: suas doenças incluem uma variedade de ansiedades, obsessões, TEPT e depressão.

A depressão é considerada como uma alteração do humor ou do afeto e é acompanhada por uma alteração global de atividade. A maioria dos transtornos tende a ser recorrente e o início dos episódios individuais é frequentemente relacionado com eventos ou situações de stress (WHO 2010). A depressão PP tem etiologia multifatorial, atingindo um significativo número de mulheres no pós-parto (SCHMIDT *et al.* 2005). Na descrição conceitual utilizada pela DSM.IV, a depressão PP encontra-se dentre os transtornos do humor iniciados dentro de quatro semanas após o parto (SADOCK *et al.* 2012). Na classificação do CID10 a depressão PP encontra-se dentre as categorias selecionadas na classificação de transtornos mentais e de comportamento associadas ao puerpério, com início dentro de seis semanas após o parto. Revisão sistemática da literatura realizada por Lobato *et al.* em periódicos nacionais e internacionais, publicados até o ano de 2010, encontrou estimativas de prevalência de depressão PP variando entre 7,2% e 39,4%, muito embora a maior parte das pesquisas detectasse prevalências entre 15% e 28%. A maioria dos estudos selecionados foram artigos originais, prevalecendo pesquisas transversais, compreendendo o período de até 6 meses após o parto. O instrumento de detecção mais utilizado foi a *Edinburgh Pós-natal Depression Scale* (EPDS), ou escala de Edimburgo, em 57,1% dos casos; a entrevista clínica foi utilizada em 21,4% dos casos. As estimativas de prevalência de depressão PP desses estudos parecem se aproximar dos achados de pesquisas realizadas em países com condições sócio econômicas similares às do Brasil, contudo, difere das encontradas em países mais ricos. Tamanha variabilidade na frequência de depressão PP pode advir da heterogeneidade dos métodos empregados na coleta dos dados (LOBATO *et al.* 2010). Segundo Cantilino *et al.* (2009), a maioria dos pesquisadores do assunto utiliza o termo depressão PP para designar qualquer episódio depressivo que ocorra nos meses que se seguem ao nascimento do bebê. E acrescenta-se que a

percepção da parturiente sobre a assistência que recebeu da equipe de saúde durante o parto também pode repercutir no desenvolvimento de desordens psiquiátricas, incluindo depressão PP (ARRAIS 2005; ALVARADO-ESQUIVEL *et al.* 2010; SCHWAB *et al.* 2012).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Propor uma categorização da violência institucional na atenção obstétrica nas instituições de saúde e investigar a associação das várias categorias de violência institucional com depressão pós-parto.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- i. Propor uma nova categorização da violência institucional na atenção obstétrica;
- ii. Estimar a prevalência de depressão pós-parto segundo características sócio demográficas e indicadores da violência institucional;
- iii. Investigar fatores associados à depressão pós-parto e relacionados à violência institucional na atenção obstétrica.

## 4. MÉTODOS

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO, POPULAÇÃO E AMOSTRA

Este estudo utiliza o banco de dados de um estudo transversal denominado Diagnóstico das condições de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal, nome fantasia *Chamada Neonatal*, realizado durante a campanha nacional de multivacinação, no dia 13 de agosto de 2011, no DF. O desenho dessa pesquisa considerou o DF composto e dividido em 29 regiões administrativas, das quais 22 participaram por possuírem postos de saúde fixos e localizados em perímetro urbano, com uma população residente de 2.609.998 pessoas. Com relação às informações de saúde, e de acordo com o Censo de 2010, 70,75% da população do DF possuía no mínimo o segundo ciclo fundamental completo e renda média per capita de R\$1.655,42. À época da realização da pesquisa, dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Sistema Único de Saúde mostram uma cobertura da população de 25,8% pelo sistema de saúde complementar e de 42,95% por equipes de atenção básica (ANS 2014; DATASUS 2014).

A população investigada nesse estudo foi composta pelo par mãe-filho menor de 1 ano de idade na data da pesquisa. Foram acrescentadas duas investigações para públicos específicos: triagem para depressão PP em mães de crianças de até 3 meses de vida; dosagem de hemoglobina para crianças entre 6 meses e 1 ano. Sendo assim, calculou-se a amostra considerando as três classes etárias investigadas. Os critérios de inclusão utilizados foram: crianças menores de 1 ano acompanhadas da mãe no dia “D” da vacinação; residente na região administrativa do posto de vacinação; isenta de patologias ou imobilização que interferisse na aferição de peso e altura de ambos; crianças de gestação única; filho biológico.

A técnica de amostragem foi probabilística, complexa, por conglomerados, em 2 estágios, com representatividade para o DF. O primeiro estágio compreendeu a escolha dos postos de saúde e o segundo a escolha dos pares mãe-filho. Neste estudo foram feitas 3 amostras: para a primeira amostra de pares mãe-filho menores de 1 ano, considerou-se a prevalência conservadora de 50%, devido aos diversos aspectos investigados, com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 3%, resultando em uma amostra de 1167 pares de mãe-filho. Na segunda amostra de

mães cujos filhos possuíam até 3 meses e que responderam à escala de depressão PP, empregou-se a prevalência de 20% e a amostra foi de 432 mulheres, com intervalo de confiança de 95% e um erro amostral de 5%. Para a terceira amostra, a fim de realizar a dosagem de hemoglobina, foi considerada uma prevalência de 20% e a amostra foi de 441 crianças, com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%.

O alcance da meta geral de entrevistas ficou em 51,4% para a investigação de depressão PP. O posto de Brazlândia foi excluído da amostra devido à disparidade entre o número de crianças previstas para a vacinação e o número das que efetivamente compareceram.

A expansão da amostra para a população do DF, obedecendo aos intervalos etários da investigação, foi calculada por meio do peso amostral de cada indivíduo, respeitando-se a representatividade que cada unidade amostral teve no cálculo da amostra. Para o cálculo foi empregado o inverso da probabilidade de seleção de cada posto de saúde multiplicado pela quantidade de indivíduos que efetivamente participaram da campanha, sob o número de coleta de dados. Após a expansão, a amostra representou um universo de 10.468 mulheres.

## 4.2 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário testado previamente - adaptado da “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste” (BRASIL 2013) e aplicado à mãe da criança (**Anexo A**). Para as mães incluíram-se informações sobre a atenção ao parto e o tipo de parto, a conduta de referência à maternidade e o tempo de peregrinação até receberem atendimento, intercorrências no parto, presença de acompanhante no parto, violência na atenção obstétrica e depressão PP. Questões sobre características das famílias e domicílios também foram obtidas visando identificar grupos mais vulneráveis aos fatores de risco para morbidade materna. Consultores especializados em epidemiologia, depressão PP e violência tiveram participação ativa no delineamento dos instrumentos de coleta.

Com relação à violência obstétrica, as mulheres foram questionadas sobre a ocorrência de situações de violência institucional na atenção obstétrica. Os questionamentos foram destinados a abordar a ocorrência de violência institucional

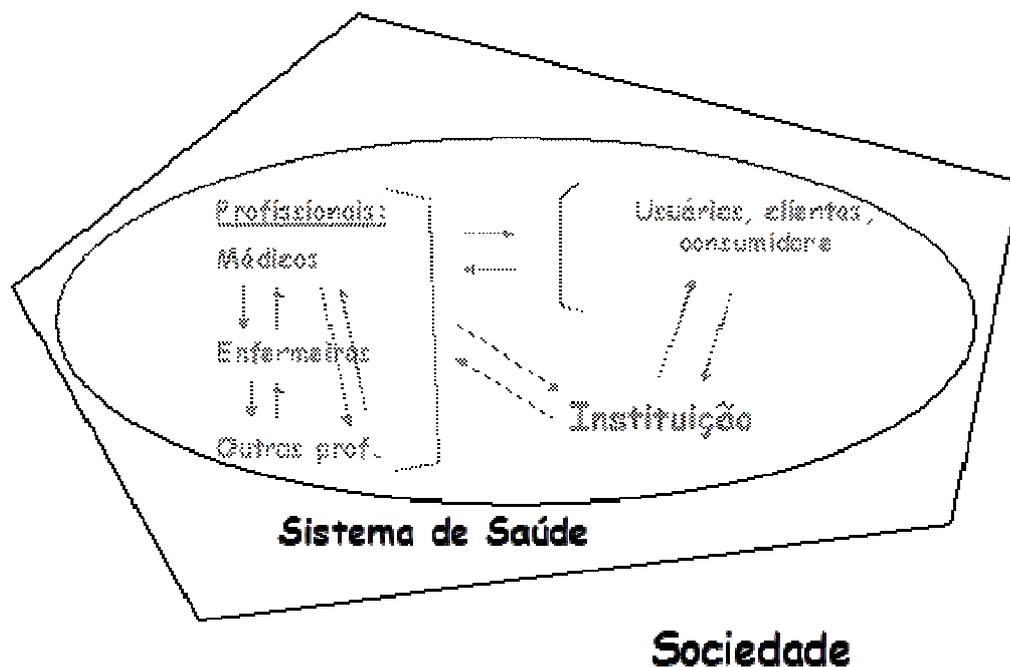
na relação da parturiente com o Sistema de saúde, com o Serviço de saúde e com os profissionais de saúde.

Com relação à triagem para depressão PP, utilizou-se a Escala de Edimburgo em sua versão reduzida (EPDS-6). A EPDS-6 foi validada por Malloy-Diniz em 2010 (MALLOY-DINIZ *et al.* 2010) e é composta por 6 itens que avaliam a presença de sintomas depressivos no período pós parto. O melhor ponto de corte para triagem de sintomas depressivos sugerido pelos autores foi de  $\geq 6$  (81% de sensibilidade; 86% de especificidade). Considerou-se uma prevalência de depressão PP de 20% (RUSCHI *et al.* 2007). Santos comparou a versão completa da Escala de Edimburgo com a versão reduzida e encontrou concordância quase perfeita entre as duas escalas (SANTOS, 2013).

#### 4.3 CATEGORIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Foi realizada uma revisão de literatura a partir de uma pesquisa nos bancos de dados SCOPUS. As palavras-chave utilizadas foram: “violence”, “violence against women”, “structural violence”, “cultural violence”, “violence in childbirth”, “violência contra a mulher” e “violência institucional”. Também foram analisados artigos que se encontravam nas referências bibliográficas das fontes indexadas, além de livros e teses sobre o assunto. Os estudos incluídos foram aqueles em língua inglesa ou em português.

Organizou-se os artigos em três categorias tendo como base o modelo conceitual de qualidade de cuidado a partos e nascimentos proposto por Rattner em sua tese de doutorado (**Figura 1**), onde as interações entre usuários, profissionais, instituições e sociedade influenciam o cuidado. Nesse contexto, a violência pode permear as relações, surgindo como resultado da complexa interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais (DALBERG *et al.* 2007). As categorias propostas são: violência na relação da parturiente com o Sistema de saúde, violência na relação da parturiente com o serviço de saúde e violência na relação da parturiente com os profissionais de saúde.



**Figura 1** - Modelo conceitual para avaliação de qualidade da assistência a partos e nascimentos proposto por Rattner, 2001.

#### 4.4 INDICADORES

Os indicadores de violência institucional foram criados a partir de variáveis relacionadas ao acesso aos serviços de saúde reprodutiva, à presença de acompanhante no período puerperal e a violência interpessoal na relação da parturiente com os profissionais de saúde.

O indicador da violência institucional na relação da parturiente com o Sistema de saúde - *VSis* - foi definido por qualquer resposta sim às perguntas: a) procurou mais que um hospital para realização do parto; e b) não realizou o parto no hospital de referência. O indicador da violência institucional na relação da parturiente com o Serviço e saúde - *VSer* - foi definido por qualquer resposta sim às perguntas: a) ausência de acompanhante da escolha da parturiente na internação; b) ausência de acompanhante da escolha da parturiente no parto; e c) ausência de acompanhante da escolha da parturiente no pós parto. O indicador da violência institucional na relação da parturiente com os profissionais de saúde – *VP* - foi separado em três tipos: àqueles relacionados à violência física - *VPF* -, àqueles relacionados à

violência verbal - VPV - e outros relacionados à violência por negligência – VPN - sendo que a violência física foi definida por qualquer resposta sim às perguntas: Na hora do parto algum profissional a) fez o exame de toque de forma dolorosa? b) bateu em você? c) te empurrou? d) te amarrou? A violência verbal foi definida por qualquer resposta sim às perguntas: Na hora do parto algum profissional a) gritou com você? ou disse para você algo parecido com: b) Não chora não! Ano que vem você estará aqui de novo c) Na hora de fazer você não chorou, nem chamou a mamãe. Por que está chorando agora? d) Se gritar eu paro agora o que estou fazendo e não vou te atender mais e) Se ficar gritando vai fazer mal para o seu neném. Ele vai nascer surdo e a violência por negligência definida por qualquer resposta sim às perguntas: a) Profissional deixou de oferecer alívio para a dor; b) profissional negou atendimento; c) profissional não informou sobre procedimentos que estavam sendo realizados (**Quadro 1**).

**Quadro 1** – Indicadores de violência institucional e variáveis utilizadas para compor os indicadores utilizados no modelo preditivo para depressão pós-parto. *Chamada Neonatal DF*, 2011.

<b>Indicador (sigla)</b>	<b>Variável (var) – (Não=0; sim=1)</b>	<b>Equação</b>
Violência do Sistema (VSis)	1 - Procurou mais que 1 hospital para o parto 2 – Não vinculação hospital-parto no pré-natal	<b>VSis = var 1 + var 2 ≥ 1</b>
Violência do Serviço (VSer)	1 - Ausência do acompanhante de escolha da mulher na internação 2 – Ausência do acompanhante da escolha da mulher no parto 3 – Ausência do acompanhante da escolha da mulher no pós parto imediato	<b>VSer = var 1+var 2+var 3 ≥ 1</b>
Violência Profissional Física (VPF)	1 - Profissional bateu na parturiente 2 - Profissional amarrou a parturiente 3 - Profissional empurrou a parturiente 4 - Profissional fez exame de toque de forma dolorosa	<b>VPF = var 1+var2+var3+var4 ≥ 1</b>
Violência Profissional Verbal (VPV)	1 - Profissional gritou com a parturiente 2 - Profissional falou: Não chora não! Ano que vem você estará aqui de novo 3 - Profissional falou: Na hora de fazer você não chorou, nem chamou a mamãe. Por que está chorando agora? 4 – Profissional falou: Se gritar eu paro agora o que estou fazendo e não vou te atender mais 5 – Profissional falou: Se ficar gritando vai fazer mal para o seu neném. Ele vai nascer surdo	<b>VPV =var 1+var2+var3+var4+var5 ≥ 1</b>
Violência Profissional por Negligência (VPN)	1 - Profissional de saúde deixou de oferecer alívio para a dor da parturiente 2 - Profissional negou atendimento à parturiente 3- Profissional não informou sobre procedimentos que estavam sendo realizados	<b>VPN = var 1+var2+var3 ≥ 1</b>

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa SPSS em sua versão 20 e o Programa Epi Info<sup>TM</sup> 7. A análise descritiva para a caracterização da amostra foi realizada através das medidas de tendência central e dispersão - para as variáveis contínuas - e através das medidas de frequência – para as variáveis categóricas. A análise bivariada, por meio do teste Qui-quadrado de Pearson, foi utilizada para estimar a associação da depressão PP com as categorias de violência institucional, com as categorias das variáveis sócio demográficas e sócio econômicas. Em seguida, por meio do programa Epi Info<sup>TM</sup> 7, foi calculada a prevalência de depressão PP com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A regressão logística univariada foi utilizada para cálculo do *odds ratio* (OR) bruto. Para análise multivariada construiu-se um modelo de regressão logística que incluiu todas as variáveis de interesse. Para avaliar interação, inseriu-se no modelo o produto de cada um dos dois termos, quais sejam: raça e VPN, raça e VPF, raça e VPV, idade e VPN, idade e VPF, idade e VPV, escolaridade e VPN, escolaridade e VPF, escolaridade e VPV. Adotou-se a estratégia de backward elimination, com cálculo o *odds ratio* (OR) ajustado. Foram incluídas no modelo as variáveis que apresentaram associação com a ocorrência de depressão PP com  $p < 0,20$  na análise univariada (Pearson) e com relevância teórica para a análise. Permaneceram no modelo aquelas variáveis que se mantiveram associadas ao desfecho após o ajuste por todas as variáveis incluídas ( $p < 0,05$  no teste de Wald) e consideradas relevantes pela literatura, além daquelas que compuseram as interações, quando estas interações foram significativas.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa utiliza um banco de dados estruturado e faz parte de um amplo projeto denominado “Diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil do Distrito Federal” já submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília – Cadastro no CEP nº 13010 (**Anexo B**).

As mulheres identificadas com depressão pós-parto pelo instrumento de triagem utilizado foram encaminhadas aos Centros de Atenção Psico Social – CAPS da rede da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

## 5.1 ARTIGO 1

---

### **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de categorização para análise**

**Karina Junqueira de Souza<sup>1</sup>**

**Daphne Rattner<sup>2</sup>**

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília – DF.

2. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciência da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília – DF.

## Resumo

**Introdução:** A violência pode permear as relações, surgindo como resultado da complexa interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. Ela se insere no modo de organização da sociedade sendo, portanto, uma expressão do processo de vida da sociedade. Especialistas concordam que a violência institucional está presente na atenção obstétrica e constitui um grande desafio para a sociedade e para os gestores de saúde, não apenas devido às suas repercussões negativas na saúde materna, mas também devido à incapacitação que traz à mulher na sua relação de cuidado com o filho. Identificá-la, portanto, torna-se essencial para que se exerça o seu controle e monitoramento. **Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura científica a partir de uma pesquisa nos bancos de dados *Scopus*, além da análise de artigos que se encontravam nas referências bibliográficas das fontes indexadas e livros e teses sobre o assunto. Organizou-se os artigos em três categorias, tendo como base um modelo conceitual de qualidade de cuidado a partos e nascimentos, onde as interações, entre si, de usuários, profissionais, instituições e sociedade influenciam o cuidado. **Resultados:** Este trabalho propõe uma categorização da violência institucional na atenção obstétrica que contemple, além das relações interpessoais, outras relações como aquelas existentes entre as parturientes com os serviços de saúde e com o Sistema de saúde, de modo a permitir uma análise mais abrangente deste fenômeno que permitam ações mais efetivas para seu controle e monitoramento. **Conclusões:** A partir da nova categorização de violência institucional proposta, permite-se construir indicadores de saúde que nortearão a monitorização do processo de cuidado em saúde materna.

*Palavras-chave:* Violência Institucional; Categorização da Violência; Atenção Obstétrica; Saúde Materna; Humanização; Revisão de literatura.

## Abstract

**Introduction:** Violence can permeate relations, arising as a result of the complex interaction of individual, relational, social, cultural and environmental factors. It fits into the mode of organization of society and is, therefore, an expression of the life process of society. Experts agree that the institutional violence is present in obstetric care and constitutes a major challenge for society and for health managers, not only because of its negative impact on maternal health, but also due to incapacitation that brings to the woman in her relationship with her child. To identify it, therefore, becomes essential for its control and monitoring. **Methods:** A review of the scientific literature in Scopus databank was performed, and articles that were indexed in the bibliography of sources were also analyzed. The articles were organized into three categories, based on a conceptual model of quality of care for childbirth, where interactions between users, professionals, institutions and society have influence on health care. **Results:** This paper proposes a categorization of institutional violence in obstetric care beyond that contemplated by interpersonal relationships; others relationships such as those existing between pregnant women with health services and the health system also were analyzed, in order to allow a more comprehensive analysis of this phenomenon to propose more effective actions for its control and monitoring. **Conclusion:** From the new categorization of violence institutional proposed it is allowed to build health indicators that will guide the process of care in maternal health. **Keywords:** Institutional Violence; Categorization of Violence; Obstetric; Maternal Health; Humanization; Literature review.

## Introdução

No ano de 2010, uma pesquisa em âmbito nacional realizada pela Fundação Perseu Abramo revelou as condições de violência a que eram submetidas as mulheres em instituições públicas e privadas no momento de seus partos. Violência institucional foi o termo utilizado por especialistas em saúde materna para definir este tipo de violência. A violência institucional decorre das relações sociais marcadas pelo descaso com os aspectos humanísticos do cuidado, da rigidez hierárquica nas relações dos profissionais de saúde com os pacientes/clientes, das falhas no processo de comunicação, da mecanização do cuidado, do uso inadequado da tecnologia, do não compromisso dos profissionais com o processo de cuidar. Esse “des”cuidado, ou seja, aquilo que não se veio buscar, também foi denominado de violência silenciosa e do não compromisso por Dias (2002).

Especialistas concordam que a violência institucional está presente e constitui um grande desafio para a sociedade e para os gestores da saúde, não apenas devido às suas repercussões negativas na saúde da mulher, mas também devido à incapacitação que traz a ela na sua relação de cuidado com o filho. Ela é exercida nos/pelos próprios serviços de saúde, tanto públicos como privados, por ação ou omissão, e pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso aos serviços até a má qualidade desses serviços, manifestando-se de várias maneiras, dentre as quais se destacam: as peregrinações por diversos serviços na busca pelo atendimento, nas longas esperas, nos maus tratos de profissionais para com os usuários, na frieza, rispidez, intimidação, falta de atenção e negligência no atendimento, na falta de insumos, na violação dos direitos reprodutivos constituindo condutas que remetem à discriminação (BRASIL 2001). Há ainda outras formas de violência contra mulheres em instituições especializadas no cuidado ao pré-natal e parto como, por exemplo, realização de cesáreas sem indicação clínica, práticas obstétricas não respaldadas por evidências científicas, práticas de esterilização não consentidas, discriminação racial (D’OLIVEIRA *et al.* 2002).

Muitas vezes a violência institucional passa despercebida, não pelo fato de ser menos cruel, mas pela forma sutil com que se apresenta. Para Diniz (2006) as instituições de saúde, frequentemente, adotam várias formas de opressão de

maneira sinérgica, reproduzindo comportamentos e rotinas discriminatórias sem que, contudo, reconheçam nessas rotinas seu conteúdo opressor. Esses processos de dominação e de relação social podem estar tão arraigados na cultura que parecem até naturais (GAÍVA *et al.* 2002). Segundo Bowie (2012), culturas organizacionais opressivas se apresentam também no gerenciamento autocrático, nos turnos de trabalho pouco razoáveis, nas demissões e “enxugamentos”, nas reduções dos benefícios trabalhistas, nas condições precárias de trabalho e na reduzida segurança, gerando uma cultura de trabalho que tolera e estimula a violência organizacional – aquela em que as organizações permitem um clima de abuso físico, verbal e a presença de práticas não éticas contra seus clientes/pacientes.

Para fins de análise, algumas categorias têm sido utilizadas na avaliação da violência institucional na atenção obstétrica. Dentre elas, encontram-se as sete categorias de desrespeito e abuso no cuidado ao parto publicadas pelo Projeto *USAID-TRAction*, da Escola de Saúde Pública de Harvard, Estados Unidos. Essas categorias foram construídas como resultado de uma extensiva revisão da literatura publicada e da literatura informal, assim como de discussões de grupo estruturadas e entrevistas individuais com especialistas, quais sejam: abuso físico; cuidado clínico não consentido; cuidado não confidencial; cuidado não digno (incluindo abuso verbal); discriminação baseada em atributos específicos dos pacientes; abandono e detenção nas instituições (BOWSER *et al.* 2012). Outras categorias de violência, como aquelas propostas pela OMS, que englobam a violência autodirigida, a interpessoal e a coletiva e que captam também a natureza do ato - física, sexual, psicológica, por negligência (KRUG *et al.* 2002; DAHLBERG *et al.* 2007) também têm sido utilizadas na análise da violência na atenção obstétrica. Por exemplo, D'Oliveira *et al.* utilizou essas categorias em publicação sobre o tema realizada em 2002. (D'OLIVEIRA *et al.* 2002).

Apesar das inovações trazidas pelo Projeto *USAID-TRAction*, as categorias de violência institucional na relação da parturiente com o Sistema de Saúde e com os Serviços de saúde não foram amplamente contempladas até o momento. Sendo assim, propõem-se, com este estudo, uma nova categorização da violência institucional na atenção obstétrica, onde é abordada a violência que permeia a relação da parturiente com o Sistema de saúde, com os Serviços de saúde e com os profissionais de saúde, a fim de permitir uma análise abrangente da violência, facilitando sua medição e seu monitoramento.

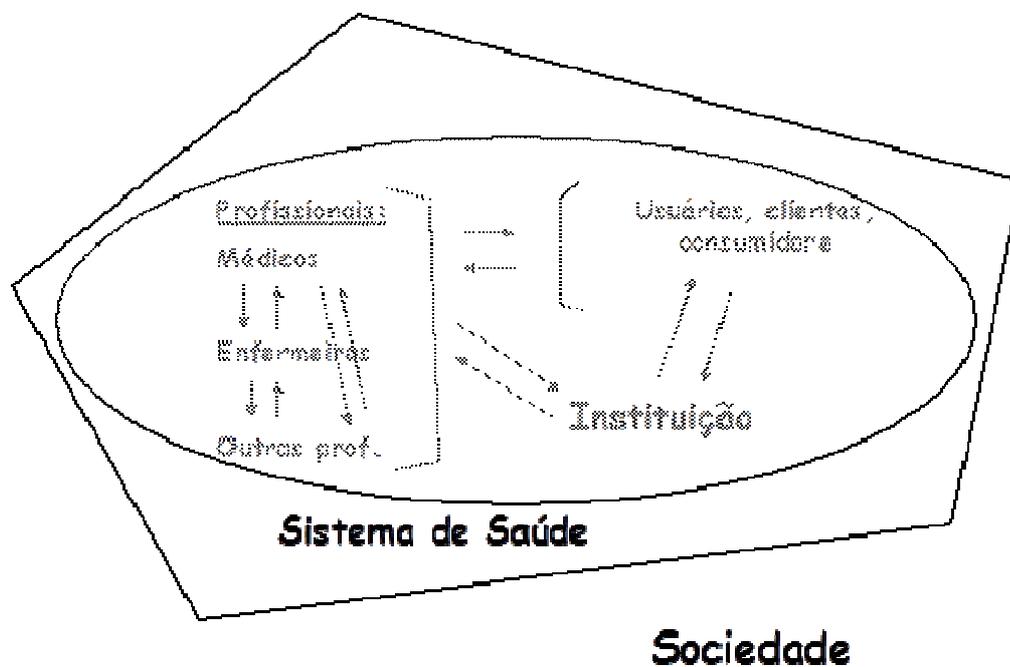
## Métodos

Foi realizada uma revisão de literatura a partir de uma pesquisa nos bancos de dados SCOPUS. As palavras-chave utilizadas foram: “violence”, “violence against women”, “structural violence”, “cultural violence”, “violence in childbirth”, “violência contra a mulher” “violência institucional”. Também foram analisados artigos que se encontravam nas referências bibliográficas das fontes indexadas, além de livros e teses sobre o assunto. Os estudos incluídos foram aqueles em língua inglesa ou em português (**Quadro 1**).

Organizou-se os artigos em três categorias tendo como base o modelo conceitual de qualidade de cuidado a partos e nascimentos proposto por Rattner em sua tese de doutorado (Figura 1), onde as interações entre usuários, profissionais, instituições e sociedade influenciam o cuidado.

Segundo Rattner (2001), a interação entre médicos, profissionais de saúde, provedores, consumidores, clientes ou usuários é fundamental para a qualidade da assistência no setor saúde. Todas as interações que ocorrem em uma instituição seja um hospital, uma clínica, um centro de saúde estão inseridas em um sistema de saúde que encontram-se inseridas em uma sociedade. Cada um destes elementos que interagem entre si trazem suas contribuições para o processo de cuidado. Por exemplo, a performance dos profissionais de saúde dependerá da dimensão de seu treinamento, das suas expectativas de remuneração, de suas condições de trabalho, do quanto eles dividem com os pacientes/clientes as responsabilidades nas decisões sobre o cuidado prestado. Os pacientes/clientes dos serviços de saúde trazem para esta relação suas crenças, suas percepções, seus conhecimentos sobre sua própria condição de saúde, suas ansiedades e expectativas, o quanto se sentem capazes de participar ou não do processo de tomada de decisões sobre o cuidado que receberão. A instituição contribui com sua estrutura física, seus equipamentos, suas normas, seus protocolos, sua inserção no sistema de saúde; esse, em contrapartida, contribui com sua organização hierárquica, suas normas, suas formas de financiamentos, suas políticas, seus programas e projetos. Todos fazem parte de uma sociedade que também influencia o modo como estes eventos acontecem (RATTNER 2001).

Nesse contexto, a violência pode permear as relações, surgindo como resultado da complexa interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais (DALBERG *et al.* 2007).



**Figura 1** - Modelo conceitual para avaliação de qualidade da assistência a partos e nascimentos proposto por Rattner, 2001.

**Quadro 1 – Revisão da literatura utilizada para proposta da categorização da violência institucional na atenção obstétrica**

<b>Autores/ano</b>	<b>Publicação</b>	<b>Principais violências abordadas</b>
Aguiar <i>et al.</i> 2011	Interface Comunicação, Saúde, Educação	Negligência; verbal; física; uso inadequado de tecnologia; violência de gênero, relações hierárquicas onde paciente é objeto da intervenção; mau atendimento; uso de jargões pejorativos;
Behruzi <i>et al.</i> 2010	BMC Pregnancy and childbirth	Restrição da presença de acompanhante da escolha no parto;
Bowser <i>et al.</i> 2010	Harvard School of Public Health	Abuso físico; cuidado não-consentido; cuidado não-confidencial; cuidado não digno; discriminação; abandono; detenção;
Bruggemann <i>et al.</i> 2010	Revista Tempus Acta de Saúde Coletiva	Ausência de acompanhante da escolha da mulher;
D'Gregório 2010	International Journal of Gynecology and Obstetrics	violência obstétrica;
Dahlberg <i>et al.</i> 2007	Ciências e saúde coletiva	Física; verbal; psicológica;
Davies-Floyd 2001	International Journal of Gynecology and obstetrics	Práticas e rotinas padronizadas; sistema de saúde com rigidez hierárquica;
Deslandes 2005	Ciências e Saúde Coletiva	Violência simbólica; condições precárias de trabalho; dificuldades de acesso aos serviços e saúde; filas imensas e mal acolhimento; violação dos direitos humanos; peregrinação; intervenções desnecessárias;
Dias 2002	Tese - Universidade Federal de Santa Catarina	Violência do “des”cuidado;
Dias <i>et al.</i> 2006	Cadernos de Saúde Pública	Demora nos atendimentos; abandono no leito; proibição de acompanhante; verbal; física;
Diniz 2005	Ciência de Saúde Coletiva	Interferências obstétricas desnecessárias; imposição de normas e rotinas; violência de gênero; violação dos direitos humanos;
Diniz <i>et al.</i> 2006	Questões de Saúde Reprodutiva	Abuso de intervenções desnecessárias; peregrinação; dificuldade de acesso a um leito em maternidade;
Gaíva 2002	Revista Gaúcha de Enfermagem	Disciplina rígida; normas e rotinas padronizadas; organização do trabalho precária; intervenções como geradoras de violência; atos, palavras, costumes e práticas institucionalizadas; falta de escolha de conhecimento; mutilação física;

**Quadro 1.** Continuação.

Galli 2005	Advocaci	Discriminação; omissão do Estado; falhas do Sistema de Saúde; desorganização e precariedade dos serviços;
Galtung 1990	Journal of Peache Research	Aspectos culturais usados para justificar a violência estrutural e direta;
Galtung 2001	Journal of Peache Research	Normas institucionais; estruturas opressivas; violencia estrutural;
Hotimsky <i>et al.</i> 2002	Cadernos de Saúde Pública	Violência física e verbal; violência institucional nas relações hierárquicas; de classe; de gênero e status na assistência obstétrica; sala de pré-parto como local de abandono e solidão;
Leape <i>et al.</i> 2012	Academic Medicine	Cultura do desrespeito pelo médico nas instituições de saúde;
Melo <i>et al.</i> 2008	Femina	Acesso à informação; privacidade; confidencialidade; peregrinação; longas esperas; maus tratos profissionais; negligencia; falta de insumos; violação dos direitos humanos; discriminação;
Minayo 1008	Historia, Ciência e Saúde, Manguinhos	Violência como questão de práxis sócio política; cultura da violência; violência física; negligencia; abandono;
Nagahama <i>et al.</i> 2008	Cadernos de Saúde Pública	Agressão pela negação; regras rígidas; falta da escolha de acompanhante;
Oliveira <i>et al.</i> 2005	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Praticas não respaldadas em evidencias científicas;
Parada <i>et al.</i> 2008	Inteface Comunicação, Saúde, Educação	Ausência de acompanhante no parto; peregrinação; mulher como adjuvante do parto;
Rattner 2010	Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva	Qualidade da assistência; intervenções desnecessárias geradoras de violências; ausência de acompanhante da escolha da mulher no pré-parto e parto;
Rattner 2009	Interface Comunicacao, Saúde, Educação	Violência despersonalizante (dos serviços);
Rios 2009	Revista Brasileira de Educação Médica	Organização hierárquica dos hospital; sucateamento dos serviços de saúde; filas intermináveis; má qualidade do atendimento;
Wolff <i>et al.</i> 2008	Saúde e sociedade	Violencia consentida; violência de gênero; física; sexual; psicológica; relações de poder hierárquicas e culturalmente desiguais; atendimento desumano; negligencia; falta de informação;
McMahon <i>et al.</i> 2014	BMC Pregnancy Childbirth	Negligencia; verbal; física; discriminação; detenção;

## Resultados

A partir da leitura dos artigos abaixo citados propomos agrupar os vários tipos de violência institucional na atenção obstétrica encontrados. Antes, porém, torna-se importante enfatizar que na sociedade estão presentes atributos como a discriminação, as questões de gênero, os valores culturais, a omissão do Estado, a cultura da violência que contribuem para a ocorrência e perpetuação dessa violência.

A categorização da violência institucional na atenção obstétrica proposta contempla as relações interpessoais da parturiente com os profissionais de saúde e aquelas existentes na sua relação com os serviços de saúde e com o Sistema de saúde (**Quadro 2**).

**Quadro 2 – Categorias de violência institucional propostas segundo modelo conceitual de qualidade do cuidado proposto por Rattner em 2001.**

<b>Categoria de Violência</b>	<b>Subtipo</b>	<b>Autor/ano</b>	<b>País</b>	
Profissional	Negligência	Aguiar/2011 McMahon <i>et al.</i> /2014 Melo <i>et al.</i> /2008 Minayo/1998 Wolff <i>et al.</i> /2008	Brasil, Tanzânia Brasil Brasil Brasil	
	Verbal	Aguiar/2011 Dahlberg <i>et al.</i> /2007 Dias <i>et al.</i> /2006 Hotimsky <i>et al.</i> /2002 McMahon <i>et al.</i> /2014	Brasil Brasil Brasil Brasil Tanzânia	
		Uso de jargões pejorativos	Aguiar/2011	Brasil
	Física	Aguiar/2011 Bowser <i>et al.</i> /2010 Dahlberg <i>et al.</i> /2007 Dias <i>et al.</i> /2006 Hotimsky <i>et al.</i> /2002 McMahon <i>et al.</i> /2014 Wolff <i>et al.</i> /2008	Brasil EUA, Brasil Brasil Brasil Tanzânia Brasil	
		Cuidado não consentido	Bowser <i>et al.</i> /2010	EUA
		Mutilação física	Gaiva/2002	Brasil
	Psicológica	Dahlberg <i>et al.</i> /2007 Leape <i>et al.</i> /2012 Wolff <i>et al.</i> /2008	Brasil Brasil Brasil	
		Mulher como adjuvante de seu parto	Rattner/2010	Brasil

**Quadro 2** – Continuação.

Serviço	Má qualidade do atendimento	Aguiar/2011 Rattner/2010 Wolff <i>et al.</i> /2008	Brasil Brasil Brasil
	Restrição de acompanhante no parto	Behruzi <i>et al.</i> /2010 Bruggemann <i>et al.</i> /2010 Dias <i>et al.</i> /2006 Nagahama <i>et al.</i> /2008 Parada <i>et al.</i> /2008 Rattner/2010	Canadá, Brasil Brasil Brasil Brasil
	Abandono	Bowser <i>et al.</i> /2010 Hotimsky <i>et al.</i> /2002 Minayo/1998	EUA Brasil Brasil
	Práticas e rotinas padronizadas	Davis-Floyd/2001 Diniz/2005 Gaiva/2002	EUA Brasil Brasil
	Relações hierárquicas (cultura do serviço)	Aguiar/2011 Davis-Floyd/2001 Gaiva/2002 Hotimsky <i>et al.</i> /2002 Rios/2009 Wolff <i>et al.</i> /2008	Brasil EUA Brasil Brasil Brasil Brasil
	Demora no atendimento	Dias <i>et al.</i> /2006	Brasil
	Organização do trabalho precária	Gaiva/2002	Brasil

**Quadro 2 – Continuação.**

Serviço	Cultura institucional	Uso inadequado de tecnologia/ Intervenções desnecessárias	Aguiar/2011 Deslandes/2005 Diniz/2005 Diniz <i>et al.</i> /2006 Gaiva/2002 Oliveira <i>et al.</i> /2005 Rattner/2010	Brasil Brasil Brasil Brasil Brasil Brasil
		Cuidado não confidencial	Bowser <i>et al.</i> /2010 Melo <i>et al.</i> /2008	EUA Brasil
		Cuidado não digno / Violência despersonalizante	Bowser <i>et al.</i> /2010 Rattner/2009	EUA Brasil
		Cuidado sem privacidade	Melo <i>et al.</i> /2008	Brasil
		Atos, palavras, costumes e práticas institucionalizados	Gaiva/2002	Brasil
		"Des" cuidado	Dias/2002	Brasil
		Negar informação à mulher	Nagahama <i>et al.</i> /2008	Brasil
Sistema	Detenção		Bowser <i>et al.</i> /2010 McMahon <i>et al.</i> /2014	EUA, Tanzânia
	Dificuldade de acesso / filas		Deslandes, 2005 Diniz <i>et al.</i> /2006 Rios/2009	Brasil
	Peregrinação por vaga		Deslandes, 2005 Diniz <i>et al.</i> /2006 Melo <i>et al.</i> /2008 Parada <i>et al.</i> /2008	Brasil Brasil Brasil Brasil
	Falhas do sistema de saúde		Galli/2005	Brasil
	Precariedade dos serviços		Galli/2005 Rios/2009	Brasil Brasil

**Quadro 2 – Continuação.**

Sociedade	Gênero	Aguiar/2011 Diniz/2005 Hotimsky <i>et al.</i> /2002 Wolff <i>et al.</i> /2008	Brasil Brasil Brasil Brasil
	Discriminação (raça/cor, classe social)	Bowser <i>et al.</i> /2010 Galli/2005 Hotimsky <i>et al.</i> /2002 McMahon <i>et al.</i> /2014 Melo <i>et al.</i> /2008	EUA, Brasil Brasil Tanzânia Brasil
	Violação dos Direitos: Humanos/ Reprodutivos	Diniz/2005 Melo <i>et al.</i> /2008	Brasil Brasil
	Omissão do Estado	Galli/2005	Brasil
	Violência estrutural/ Cultura da violência	Galtung/1990 Galtung/2001 Minayo/1998	EUA EUA Brasil
	Violência simbólica	Deslandes, 2005	Brasil
	Dificuldade de acesso da mulher à informação	Melo <i>et al.</i> /2008	Brasil
Outros	Violência Obstétrica (genérica)	D'Gregorio 2010	Venezuela
	Violência consentida	Wolff <i>et al.</i> /2008	Brasil

### **Violência na relação da parturiente com o Sistema de saúde.**

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde reprodutiva foi identificada como um tipo de violência institucional relacionada ao Sistema de saúde. Este Sistema tem como atribuição, segundo a Constituição Federal de 1988, garantir ao cidadão o acesso às ações e serviços de saúde. No entanto, aspectos econômicos, geográficos e culturais têm dificultado esse acesso. Segundo Ventura, o desrespeito ao direito de não discriminação e a uma assistência efetiva e resolutiva, com acesso a todos os recursos disponibilizados pelo sistema de saúde, constitui um tipo de violência institucional e uma violação de normas éticas e legais de direitos humanos (VENTURA 2009).

Uma outra importante violência relacionada ao Sistema encontrada na revisão de literatura realizada pelo Projeto Traction foi a detenção das mulheres nas instituições de saúde por não terem pago os gastos com os serviços associados aos seus partos. Ademais, a precariedade dos serviços em saúde reprodutiva também constitui uma importante falha do sistema de saúde e foi considerada uma violência relacionada ao Sistema.

### **Violência Institucional na relação da parturiente com o Serviço de saúde.**

No âmbito dos serviços de saúde identificou-se a violência institucional reproduzida nas desigualdades de relações de poder presentes no espaço social e transferidas para o âmbito hospitalar. Estas desigualdades devem ser compreendidas a partir da perspectiva de um reflexo da organização macrossocial. As relações estabelecidas por meio de estruturas de dominação de classes, grupos, gêneros e faixas etárias demonstram a tensão existente em torno de privilégios e posições de poder (RIOS 2009) que se refletem na relação da parturiente com os serviços de saúde.

Identificou-se a violência perpetrada pelos próprios serviços de saúde, com imposição de normas, regras e procedimentos que ignoram a autonomia e a subjetividade das pacientes e é caracterizada por sua invisibilidade, por sua aceitação social e são consideradas como práticas necessárias a garantir o bem das próprias mulheres (D'OLIVEIRA *et al.* 2002; DINIZ *et al.* 2006). Para Wolff *et al.* (2008) esta é uma violência consentida.

Ademais, as falhas estruturais como, por exemplo, espaço físico reduzido na sala de parto e a não permissão da presença do acompanhante da escolha da mulher foram destacadas como um importante empecilho para o cumprimento das ações preconizadas pela política de humanização do parto e nascimento (NAGAHAMA 2008) e são uma violência relacionada aos serviços de saúde.

O uso inadequado da tecnologia, o cuidado não confidencial, o cuidado não digno, o “des”cuidado fazem parte da cultura institucional e também foram classificados como violência institucional relacionada aos serviços de saúde.

### **Violência interpessoal na relação da parturiente com os profissionais de saúde.**

A despeito da ampliação do acesso aos serviços de saúde materna no SUS e da implantação de políticas de humanização do parto, abusos cometidos por profissionais de saúde contra gestantes e parturientes têm comprometido seriamente a saúde materna. Esta última categoria proposta foi a da violência institucional na relação da parturiente com os profissionais de saúde.

Observou-se alguns tipos de violência na relação das parturientes com os profissionais de saúde: a violência física, a verbal, por negligência, a psicológica,

### **Discussão**

A violência institucional na atenção obstétrica tem sua origem na sociedade. As estruturas sociais – econômicas, políticas, legais, religiosas, culturais – que impedem os indivíduos ou os grupos de atingirem o seu completo potencial são formas de violência. Essa violência, denominada por Galtung (1969) de violência estrutural, começa na sociedade e de maneira inadvertida afeta o interpessoal. Não consegue ser rastreada para uma pessoa específica, mas é disposta como poderes desiguais e opções desiguais. Há uma desigual distribuição de recursos ou uma inabilidade em obtê-los aproximando-se do conceito de injustiça social e opressão, segundo Farmer (2001). Do mesmo modo que a saúde e a doença não devem ser analisadas como processos isolados, de causa aleatória, e sim como um processo causal que se identifica com o modo de organização da sociedade (BREILH, 2008) a violência institucional na atenção obstétrica deve ser assim analisada.

Os poucos recursos e a baixa qualidade dos serviços especializados em saúde reprodutiva são formas de violência estrutural, que se encontram conectados aos outros tipos de violência nas instituições de saúde (D'OLIVEIRA *et al.* 2002). As instituições reproduzem valores e prioridades sociais hegemônicas, entre eles o acesso diferencial e privilegiado a recursos por setores sociais que detêm maior poder, sejam eles os mais ricos sobre os mais pobres, os homens sobre as mulheres, os brancos sobre os negros (DINIZ *et al.* 2006). Os múltiplos preconceitos de raça, cor, idade têm lugar nos espaços individuais e coletivos, nas esferas públicas e privadas e reproduzem a discriminação e a exclusão, portanto a violência (BANDEIRA *et al.* 2002). Para Galtung, os aspectos culturais da esfera simbólica da existência humana, denominado violência cultural, podem ser usados para justificar ou tornar legítima a violência estrutural. Com a violência estrutural institucionalizada e a violência cultural internalizada, a violência direta tende a se tornar institucionalizada, repetitiva, ritualística – um triângulo vicioso (GALTUNG 1990).

As peregrinações por diversos serviços na busca pelo atendimento e as longas esperas são características do sistema de saúde brasileiro que, por serem tão arraigadas na cultura, muitas vezes não são reconhecidas como violência. Médicos, administradores, funcionários da instituição e os próprios usuários aceitam que pacientes devam esperar pelo seu atendimento (MINAYO 1998; D'OLIVEIRA *et al.* 2002; LEAPE *et al.* 2012). Pesquisas realizadas em maternidades públicas brasileiras revelam que a insegurança produzida pela incerteza de conseguir uma vaga nos hospitais para assistência ao parto e a possibilidade de ter que peregrinar em busca da mesma é uma condição desumana (DIAS 2006; DESLANDES 2005). Essa peregrinação coloca em risco a saúde da gestante e do bebê, sendo que as mulheres negras, indígenas e migrantes são as que mais sofrem discriminação no acesso à saúde, e geralmente são as mais vulneráveis a este tipo de violência institucional (VENTURA 2009).

Embora a peregrinação pela vaga pelo parto seja uma realidade no sistema de saúde brasileiro, esta contradiz a prática recomendada pela OMS e preconizada pela lei 11.634/07, onde constitui direito da gestante o conhecimento e a vinculação à maternidade em que receberá atendimento no parto. Para Deslandes, essas falhas do sistema de saúde são importantes barreiras ao desenvolvimento da atenção humanizada ao parto (DESLANDES 2005).

Estudo antropológico crítico realizado por Gomes *et al.* em 2008 em um hospital público de Fortaleza, Ceará, investigando o impacto das iniquidades sociais no cuidado institucionalizado, revelam as experiências de pacientes que interpretam a hospitalização como abandono, solidão e aprisionamento. Segundo a autora, o discurso dos pacientes retrata a prisão hospitalar, sendo a alta hospitalar sua sonhada libertação, a volta para o seu mundo – “um alívio da violência institucional” segundo as autoras.

As regras institucionais são importantes para a organização dos serviços de saúde, no entanto, o privilégio exclusivo das normas e rotinas em detrimento das necessidades das parturientes configuram uma assistência obstétrica que desfavorece a autonomia, o respeito e a dignidade das mulheres (NAGAHAMA *et al.* 2008, OLIVEIRA 2005). Embora a lei 11.108/05 garanta às parturientes o direito à presença de acompanhante de sua escolha no trabalho de parto, parto e pós parto imediato no âmbito do SUS e a portaria GM/MS 2418/05 estenda esse mesmo direito às mulheres assistidas nas instituições privadas, esta não é a realidade de grande parte dos hospitais brasileiros.

A violência institucional na área da saúde emerge através de serviços oferecidos em condições inadequadas, podendo implicar em danos físicos e psicológicos a mulher, assim como trazer sérias repercussões para a sua saúde sexual e reprodutiva (VENTURA 2009). Trabalho pioneiro realizado por D’Oliveira *et al.* enfocou quatro tipos de violência observadas não só no Brasil, mas em diferentes países como Tanzânia, Peru, Chile, África do Sul, Canadá, Estados Unidos. São elas: a violência por negligência; a violência verbal ou psicológica, incluindo tratamentos grosseiros ameaças, gritos e humilhações; a violência física, incluindo a recusa deliberada da administração de anestésicos para aliviar o sofrimento das parturientes; a violência sexual. Segundo as autoras estes tipos podem ser considerados como praticados nas relações interpessoais (D’OLIVEIRA *et al.* 2002).

Análise sobre violência institucional em maternidades sob a ótica de profissionais de saúde, realizada por Aguiar *et al.* no ano de 2008, em hospitais de São Paulo, revela o reconhecimento desses profissionais de práticas discriminatórias e desrespeitosas no cotidiano da assistência às parturientes. São exemplos citados dessas práticas o uso de jargões pejorativos, ameaças ou reprimendas, e negligência no manejo da dor. Essas práticas são percebidas pelos profissionais como um exercício de autoridade em um contexto considerado “difícil”.

Tal contexto revela a banalização da violência institucional que é travestida em boas práticas e torna-se invisível no cotidiano da assistência (AGUIAR *et al.* 2013). Em pesquisa realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, na qual se ouviu a opinião de 2.365 mulheres de 25 estados da federação, moradores de regiões urbanas e rurais, constatou-se que uma a cada quatro mulheres havia sofrido algum tipo de violência no parto, destacando-se o exame de toque doloroso (PERSEU ABRAMO 2010). Dados de outra pesquisa sobre violência institucional em maternidades públicas de São Paulo (AGUIAR *et al.* 2011) revelam que as gestantes e parturientes reconhecem práticas discriminatórias e tratamentos grosseiros, pelos profissionais da saúde, e que estas experiências ocorrem de maneira frequente, revelando uma banalização desta violência.

Para Rattner a qualidade do processo de atenção à saúde reside tanto na competência relacionada aos aspectos técnicos quanto na competência relacionada a qualidade das relações interpessoais (RATTNER *et al.* 2010), estando a violência inserida neste contexto.

### **Considerações finais**

Cada mulher tem o direito ao mais alto padrão de saúde, incluindo o direito ao cuidado digno e respeitoso durante sua gestação e parto. No entanto, em todo mundo, muitas mulheres vivenciam um cuidado desrespeitoso, abusivo ou negligente em instituições de saúde públicas ou privadas e em instituições especializadas na atenção obstétrica. Estas práticas violam os direitos humanos das mulheres e podem ter implicações negativas em sua saúde e bem estar e também na saúde do bebê.

Declaração da Organização Mundial de Saúde de 2014 ressalta seu comprometimento em promover o direito das mulheres ao acesso seguro e respeitoso na atenção obstétrica e demanda dos governantes, provedores de saúde, profissionais de saúde, organismos internacionais e das próprias mulheres uma maior integração e cooperação para este fim (WHO 2014).

Este trabalho traz uma contribuição para esse novo desafio que é a proposta de categorização da violência institucional na atenção obstétrica. Reitera-se a necessidade de um maior comprometimento de governantes, profissionais de saúde, das próprias mulheres e da sociedade na mudança desse cultura de violência.

## Referências

- AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. Violência Institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface – Comunicação Saúde Educação**. V.15, n. 36, p.79-91. 2011.
- AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n.11, p.2287-96. 2013.
- BANDEIRA L; BATISTA AS. Preconceito e discriminação como expressões da violência. **Estudos Feministas**. p119-41. 2002.
- BEHRUZI R; HOTE M; FRASER W; GOULET L; LI M; MISAGO C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2010.
- BOWIE V. Understanding organizational violence: the missing link in resolving workplace violence? *IN: Third International Conference on Violence in the Health Sector*. Canadá, 2012. 480p .
- BOWSER. D.; HILL, K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project: Harvard School of Public Health. University Research Co, LLC, 2010. p.1-57.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Relatório da CPI da Mortalidade Materna. Brasília,2001.Disponível:  
<[www.portalmedico.org.br/biblioteca\\_virtual/cpi/CPIMortalidade\\_Materna.htm-Relatorio-CPIMORTALIDADEMATERNA](http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/cpi/CPIMortalidade_Materna.htm-Relatorio-CPIMORTALIDADEMATERNA)>. Acesso em: 19 de dez. 2012.
- BREILH, J. Latin American critical ('social') epidemiology: new settings for an old dream. **International Journal of Epidemiology**. v.37, p.747-750. 2008.
- D'GREGORIO, P. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. v.111, p.201-2. 2010.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**. v.359, n.9318, p.1681-5. 2002.

DAHLBERG LL, KRUG EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciências e Saúde Coletiva*. v.11, p.1163-78. 2007.

DAVIS-FLOYD R. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. V.75, n.1, p.5-23. 2001.

DESLANDES, S.F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.10, n.3, p.615-26. 2005.

DIAS, H.H.Z.R. **O “des”cuidado em saúde: a violência visível e invisível no trabalho de enfermagem**. 2002. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de pós graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**. v.22, n.12, p.2647-55. 2006.

DINIZ SG. A violência contra as mulheres como questão de saúde no Brasil. *IN: Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005) alcança limites*. **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**, 2006; 310p.

DINIZ SG. Humanização da assistência ao parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.10, n.3, p.627-37. 2005.

DINIZ, S.G.; CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Pública**. v.1, n.1, p.80-91. 2006.

FARMER P. An anthropology of structural violence. **Curr Anthropol**. v.45, p.305-26. 2001.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados. Disponível em: <  
<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf> > Acesso em: 18 de novembro de 2012.

GAÍVA MAM; TAVARES CMA. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido. **R. Gaúcha Enferm.** v.23, n.1,;p.132-45. 2002.

GALTUNG J. Cultural violence. **Journal of Peace Research.** v.27,n3, p.291-305. 1990.

GALTUNG J. Violence, peace and peace research. **Journal of Peace Research.** v.6, n.3, p.67-91.1969.

GOMES, A.M.A.; NATIONS, M.K.; LUZ, M.T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde Sociedade.** v.17, n.1, p.61-72. 2008.

HOTIMSKY, S.N.; RATTNER, D.; VENANCIO, S.I.; BOGUS, C.M.; MIRANDA, M.M. O parto como eu vejo...ou como o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública,** v.18, p.1303-11. 2002.

KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWI AB, LOZANO R. World Report on Violence and Health: summary. Geneva, WHO, 2002, p44.

LEAPE, L.L.; SHORE, M.F.; DIENSTAG, J.L.; MAYER, R.J.; EDGAMN-LEVITAN, S.P.A.; MEYER, G.S.; HEALY, G.B. Perspective: a culture of respect, Part I: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. **Academic Medicine.** v.87, n.7, p.845-52. 2012.

MCMAHON SA; GEORGE AS; CHEBET JJ; MOSHA IH; MPEMBENI RNM; WINCH PJ. Experience of an responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirht. **BMC Pregnancy Childbirth.** v.14, n.1, p.268. 2014.

MELO COM; MOREIRA SNT; TERTULIN FF; AZEVEDO GD. Considerações sobre violência institucional no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. **Femina.** v.36, n.2,;p.73-7. 2008.

MINAYO, M.C.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciência, Saúde, Manguinhos,** v. IV, n.3, p. 513-31. 1998.

NAGAHAMA EEI, SANTIAGO SM. Praticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao SUS em municípios da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 24, n.8, p.1859-68. 2008.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; MIQUILINI, E.C. Frequências e critérios para indicar a episiotomia. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 39, n.3, p. 288-95. 2005.

PARADA, C.M.G.L.; TORRETE, V.L.P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico puerperal sob a perspectiva de usuários de serviços públicos. **Interface-Comum. Saúde Soc.** v.12, n.24, p. 35-46. 2008.

RATTNER D. Quality of care at childbirth: seeking a comprehensive approach [Tese]. [Chapel Hill, 2001]: University of North Carolina, 2001.144p.

RATTNER, D; SANTOS, M.L.; LESSA, H.; DINIZ, S.G. ReHuNa – A Rede de Humanização do Parto e Nascimento. **Rev Tempus Acta Saúde Col.**, p. 215-28. 2010.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.13, n.1, p. 759-68. 2009.

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: a brief theoretical framework. **Rev. Tempus Acta Saúde Col.**, v.4, p. 41-8. 2010.

RIOS IC. Violência e Humanização. Caminhos da Humanização na Saúde: prática e reflexão. São Paulo, Editora Áurea, 2009. 179p.

VENTURA M. Direitos Reprodutivos no Brasil. Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA 3ª ed. Brasília, 2009.

WOLFF LR, WALDOW VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** v.17, n.3, p.138-151. 2008.

WHO. Prevention and Elimination of disrespect abuse during childbirth. Disponível: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/) Acesso em: 25 de set 2014.

## 5.2 ARTIGO 2

---

(Submetido ao periódico “The Lancet” – anexo C)

**Violência institucional na atenção obstétrica e sua associação com depressão pós-parto**

**Karina Junqueira de Souza<sup>1</sup>**

**Daphne Rattner<sup>2</sup>**

**Muriel Bauermann Gubert<sup>3</sup>**

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília – DF.

2. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciência da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília – DF.

3. Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília – DF

## Abstract

**Introduction:** Institutional violence is present in obstetric care and ranges from the broader dimension of lack of access to health services to poor quality of those services. Epidemiological studies suggest a positive association between exposure to institutional violence and postpartum depression. The aim of this study was to verify that association.

**Methods:** This was a cross-sectional study on the health care conditions to maternal and child population of the Brazilian Federal District in 2011, with a probabilistic, stratified and clustered sample. Indicators related to institutional violence and socio-demographic variables were used in a logistic regression model, in order to estimate the likelihood of postpartum depression.

**Results:** The model identified a high prevalence of postpartum depression in adolescents and in non-white women, and a strong positive association between several indicators of violence in obstetric care with postpartum depression. Positive interactions in a multiplicative scale between neglected violence and race; neglected violence and age; physical violence by professionals and age; verbal violence by professionals and race were also observed.

**Conclusion:** The indicators used to reflect institutional violence in obstetric care proved to be positively associated with postpartum depression, which leads us to reflect about the need for adequacy of obstetric care protocols to the humanization concepts.

**Keywords:** Violence against women; Institutional violence; Humanization; Postpartum depression; Epidemiology.

## Resumo

**Introdução:** A violência institucional está presente na atenção obstétrica e inclui desde a dimensão mais ampla da falta de acesso aos serviços de saúde até a má qualidade desses serviços. Estudos epidemiológicos apontam a existência de uma associação positiva entre a exposição da parturiente à violência institucional e depressão pós-parto e verificar essa associação é objetivo do presente estudo.

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal sobre as condições de cuidado à saúde da população materno infantil do Distrito Federal, realizado no ano de 2011, com amostra do tipo probabilística, estratificada por conglomerados. Indicadores relacionados à violência institucional e características sócio-demográficas foram utilizados em um modelo de regressão logística para estimar a probabilidade de ocorrência de depressão pós-parto.

**Resultados:** O resultado do modelo utilizado identificou uma alta prevalência de depressão pós-parto, sendo maior em mulheres adolescentes e de raça não branca, e uma forte associação positiva entre os diversos indicadores de violência na atenção obstétrica com depressão pós-parto. Foi observada, também, interação positiva em escala multiplicativa da violência profissional por negligência com raça e com idade, da violência profissional física com idade e da violência profissional verbal com raça. **Conclusão:** A partir dos resultados dessa investigação, conclui-se que os indicadores utilizados para refletir a violência institucional na atenção obstétrica mostraram-se positivamente associados à depressão pós-parto, o que nos leva a refletir sobre a necessidade da adequação dos protocolos assistenciais na atenção obstétrica aos preceitos da política de humanização.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher; Violência Institucional; Humanização; Depressão pós-parto; Epidemiologia.

## Introdução

A melhoria da saúde materna foi o quinto objetivo do milênio definido pela Cúpula do Milênio das Nações Unidas, no ano de 2000, em Nova York (OMS 2013). Esse evento foi realizado com o fim de analisar os maiores problemas mundiais. Dentre os indicadores definidos para acompanhamento da qualidade da saúde da gestante estão o aumento na proporção de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados, aumento no número de consultas no pré-natal e a redução da mortalidade materna em 75%, tomando como base os dados desse indicador em 1990. Alguns desses indicadores têm se aproximado das metas estipuladas pela OMS, entretanto, Parada *et al.* ressaltam que há indicadores relacionados à avaliação da qualidade do cuidado a partos e nascimentos – como aqueles relacionados às questões de gênero – que não têm sido privilegiados (PARADA *et al.* 2008). Ademais, apesar do grande avanço que o SUS representa para a saúde no Brasil, ainda há sérios problemas no que se refere ao acesso aos serviços de saúde reprodutiva e à qualidade da atenção a partos e nascimentos (MORSE *et al.* 2011). Dentre os problemas relacionados à saúde da gestante, mais recentemente têm surgido questionamentos às práticas adotadas na assistência, o que tem sido denominado por especialistas de violência institucional na atenção obstétrica (AGUIAR *et al.* 2011; BOWSER *et al.* 2010; D’GREGORIO 2010; D’OLIVEIRA *et al.* 2002; DIAS *et al.* 2006; DINIZ *et al.* 2006; GOMES *et al.* 2008; HOTIMSKY *et al.* 2002; MELO *et al.* 2008; MISAGO *et al.* 2001; RATTNER 2009b).

Na perspectiva do Ministério da Saúde (BRASIL 2001), denomina-se violência institucional qualquer ação ou omissão exercida pelos próprios serviços de saúde. Pode-se incluir desde a dimensão mais ampla de falta de acesso até a má qualidade dos serviços. Abrange desde abusos cometidos em virtude das relações de poderes desiguais entre usuários e profissionais de saúde dentro das instituições, até uma noção mais restrita de dano físico. Segundo informações trazidas pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da mortalidade materna (BRASIL 2001b) a violência institucional manifesta-se de várias maneiras dentre as quais se destacam: peregrinações por diversos serviços na busca pelo atendimento, longas esperas, maus tratos de profissionais para com usuários, frieza, rispidez, intimidação, falta de atenção, negligência, falta de insumos e violação dos direitos reprodutivos,

constituindo condutas que remetem à discriminação. Há ainda outras formas de violência contra mulheres nas instituições especializadas no cuidado ao pré-natal e parto como, por exemplo, realização de cesáreas sem indicações clínicas, práticas obstétricas não respaldadas por evidências científicas, práticas de esterilização não consentidas e discriminação racial (D'OLIVEIRA *et al.* 2002).

Algumas pesquisas epidemiológicas têm associado a ocorrência de transtornos psiquiátricos no período puerperal, dentre eles a depressão pós-parto, com elementos relacionados a atenção obstétrica (ALVARADO-ESQUIVEL *et al.* 2010; ANNIVERNO *et al.* 2013; ARRAIS 2005; GARTHUS-NIEGEL *et al.* 2013; MARRS *et al.* 2009; MOLEMAN *et al.* 1992; OLDE *et al.* 2006; ROBINSON 2007; SCHWAB *et al.* 2012; ZAMBALDI *et al.* 2009) tais como, por exemplo, sentimento de desamparo durante o parto, inadequado controle da dor, sentimento de frustração pela submissão a uma cesariana quando o desejo da mulher era o da realização do parto normal, percepção da gestante sobre a assistência que recebeu da equipe. Os impactos negativos advindos dos transtornos psiquiátricos no período pós-parto são claramente nocivos ao vínculo da mãe-filho (SANTOS, 2013).

O presente estudo busca investigar a associação da violência institucional na atenção obstétrica com depressão pós-parto (depressão PP).

## Métodos

Este estudo utiliza o banco de dados da pesquisa Diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil do Distrito Federal, realizada durante a campanha nacional de multivacinação no ano de 2011, no Distrito Federal (DF), denominada *Chamada Neonatal*. O desenho desta pesquisa considerou o DF composto e dividido em 29 regiões administrativas, das quais 22 participaram por possuírem postos de saúde fixos e localizados em perímetro urbano. A estratégia de amostragem aplicada foi probabilística, complexa, por conglomerados, em dois estágios, com representatividade para o DF. O primeiro estágio compreendeu a escolha dos postos de saúde e o segundo a escolha dos pares mãe-filho.

Para o presente estudo, considerou-se a parcela da amostra composta por mães cujos filhos possuíam até 3 meses de vida e que responderam à escala de depressão PP, empregando-se para o cálculo a prevalência de 20% desta morbidade (RUSCHI 2007); a amostra calculada foi de 432 mulheres, intervalo de confiança de 95% e um erro amostral de 5%. Os critérios de inclusão utilizados foram: crianças menores de 3 meses acompanhadas da mãe no dia da vacinação; residentes na região administrativa do posto de vacinação; isentas de patologias ou imobilização que interferisse na aferição de peso e altura de ambos; filho biológico e em caso de gêmeos, o filho mais velho.

A expansão da amostra para a população do DF, obedecendo aos intervalos etários da investigação, foi calculada por meio do peso amostral de cada indivíduo, respeitando-se a representatividade que cada unidade amostral teve no cálculo da amostra. Foi empregado, para o cálculo, o inverso da probabilidade de seleção de cada posto de saúde multiplicado pela quantidade de indivíduos que efetivamente participaram da campanha, sob o número de coleta de dados. Após a expansão, a amostra representou um universo de 10.468 mulheres.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário testado previamente - adaptado da *Chamada Neonatal* realizada na região da Amazônia Legal e Nordeste brasileiros -, e aplicado à mãe da criança (BRASIL 2013). Para as mães, incluíram-se informações sobre a atenção ao parto, o tipo de parto, se houve alguma referência à maternidade e/ou peregrinação até receber atendimento, a presença de

acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato, a violência nas relações interpessoais com os profissionais de saúde e a depressão PP. As questões sobre características das famílias também foram obtidas, visando identificar grupos mais vulneráveis aos fatores de risco para morbidade materna.

Com relação à triagem para depressão PP, utilizou-se a Escala de Edimburgo em sua versão reduzida (EPDS-6). A EPDS-6 foi validada por Malloy-Diniz em 2010 (MALLOY-DINIZ *et al.* 2010) e é composta por 6 itens que avaliam a presença de sintomas depressivos no período pós-parto. O melhor ponto de corte para triagem de sintomas depressivos sugerido pelos autores foi o score de  $\geq 6$  (81% de sensibilidade; 86% de especificidade). Santos comparou a versão completa da Escala de Edimburgo com a versão reduzida e encontrou concordância quase perfeita entre as duas escalas (SANTOS, 2013).

Com relação à violência sofrida pela parturiente, as mulheres foram questionadas sobre a ocorrência de situações de violência na atenção obstétrica (AGUIAR *et al.* 2011; ANNIVVERNO *et al.* 2013; BOWSER *et al.* 2010; D'GREGORIO *et al.* 2010; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO 2010; GATHUS-NIEGEL *et al.* 2013; GOMES *et al.* 2008). Os questionamentos foram destinados a abordar a ocorrência de violência na relação da parturiente com o Sistema de Saúde, com os serviços de Saúde e com os profissionais de saúde. Para a construção dos indicadores e análise, utilizou-se *zero* para resposta não e *um* para resposta sim às perguntas sobre violência.

O indicador da violência na relação da parturiente com o Sistema de saúde - *VSis* - foi definido por qualquer resposta sim às perguntas: a) procurou mais que um hospital para realização do parto e b) não realizou o parto no hospital de referência. O indicador da violência institucional na relação da parturiente com os Serviços de saúde - *VSer* - foi definido por qualquer resposta sim às perguntas: a) ausência de acompanhante da escolha da parturiente no pré-parto b) ausência de acompanhante da escolha da parturiente no parto c) ausência de acompanhante da escolha da parturiente no pós-parto. O indicador da violência na relação da parturiente com os profissionais de saúde - *VP* - foi separado em três tipos: aqueles relacionados à violência física - *VPF* -, aqueles relacionados à violência verbal - *VPV* - e outros relacionados à violência por negligência - *VPN* - sendo que a violência física foi definida por qualquer resposta sim às perguntas: Na hora do parto algum profissional a) fez o exame de toque de forma dolorosa? b) bateu em você? c) te

empurrou? d) te amarrou? A violência verbal foi definida por qualquer resposta sim às perguntas: Na hora do parto algum profissional a) gritou com você? ou disse para você algo parecido com: b) Não chora não! Ano que vem você estará aqui de novo c) Na hora de fazer você não chorou, nem chamou a mamãe. Por que está chorando agora? d) Se gritar eu paro agora o que estou fazendo e não vou te atender mais e) Se ficar gritando vai fazer mal para o seu neném. Ele vai nascer surdo. A violência por negligência foi definida por qualquer resposta sim às perguntas: a) profissional de saúde deixou de oferecer alívio para a dor? b) profissional de saúde negou atendimento? c) profissional de saúde não te informou sobre procedimentos os quais estava sendo submetida?

A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa SPSS em sua versão 20 e o Programa EPI Info<sup>TM</sup>7. A análise descritiva para a caracterização da amostra foi realizada através das medidas de tendência central e dispersão - para as variáveis contínuas - e através das medidas de frequência - para as variáveis categóricas. A análise bivariada, por meio do teste Qui-quadrado de Pearson, foi utilizada para estimar a associação da depressão PP com as categorias de violência institucional, com as categorias das variáveis sócio demográficas e sócio econômicas. Em seguida, por meio do programa EPI Info<sup>TM</sup>7, foi calculada a prevalência de depressão PP com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A regressão logística univariada foi utilizada para cálculo do *odds ratio* (OR) bruto. Para análise multivariada construiu-se um modelo de regressão logística que incluiu todas as variáveis de interesse. Para acessar interação, inseriu-se no modelo o produto de cada um dos dois termos, quais sejam: raça e VPN, raça e VPF, raça e VPV, idade e VPN, idade e VPF, idade e VPV, escolaridade e VPN, escolaridade e VPF, escolaridade e VPV. Adotou-se a estratégia de *backward elimination*, com cálculo o *odds ratio* (OR) ajustado. Foram incluídas no modelo as variáveis que apresentaram associação com a ocorrência de depressão PP com  $p < 0,20$  na análise univariada (Pearson) e com relevância teórica para a análise. Permaneceram no modelo aquelas variáveis que se mantiveram associadas ao desfecho após o ajuste por todas as variáveis incluídas ( $p < 0,05$  no teste de Wald) e consideradas relevantes pela literatura, além daquelas que compuseram as interações, quando estas interações foram significativas.

Esta pesquisa utiliza um banco de dados estruturado e faz parte de um amplo projeto denominado “Diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à

saúde da população materno infantil do Distrito Federal” já submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, com Cadastro no CEP número 13010.

## Resultados

A amostra total, após expansão, compreendeu 10.468 mulheres. A média de idade das mulheres com filhos menores de 3 meses incluídas neste estudo foi de 28,77 anos (14-45 anos, dp 7,24 anos), sendo 59,9% da raça não branca. Quanto à escolaridade, 42,6% das mulheres haviam concluído o curso superior ou apresentavam curso superior incompleto. A tabela 1 apresenta essa caracterização segundo variáveis sócio demográficas e sócio econômicas.

**Tabela 1** – Caracterização da população estudada segundo variáveis sócio demográficas, sócio econômicas e relacionadas à atenção obstétrica. Distrito Federal, 2011.

<b>Variáveis</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Número de consultas pré-natal</b>	9,61	3,64
<b>Variáveis</b>	<b>N(10.468)</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
< 20 anos	958	9,2
≥ 20 anos	9510	90,8
<b>Raça</b>		
Branca	4198	40,1
Não branca	6270	59,9
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental e médio	6010	57,4
Superior	4458	42,6
<b>Recebe auxílio governo</b>		
Sim	1612	15,4
Não	8856	84,6
<b>Parto no hospital referenciado</b>		
Sim	6658	63,6
Não	3810	36,4

**Tabela 1 – Continuação.**

<b>Tipo de parto<sup>a</sup></b>		
Vaginal	2774	26,5
Cesárea	7558	72,2
<b>Contato pele a pele ou amamentação 1<sup>a</sup> hora<sup>a</sup></b>		
Sim	8237	78,7
Não	2098	20,0
<b>Acompanhante no parto<sup>a</sup></b>		
Sim	5795	55,4
Não	4540	43,4
<b>Alojamento conjunto<sup>a</sup> mãe e bebê</b>		
Sim	9489	90,7
Não	846	8,1
<b>Agendamento consulta puerpério ou puericultura<sup>a</sup></b>		
Sim	8650	82,6
Não	1686	16,2

<sup>a</sup> 1,2% das entrevistas sem resposta

Quanto à atenção obstétrica, 97,8% das mulheres relataram ter feito pré-natal e 2,2% não o fizeram por não terem conseguido agendar uma consulta. Em 37,1% dos casos, a primeira consulta ocorreu no primeiro mês de gestação e em 35,3% no segundo mês de gestação.

Os hospitais públicos do DF realizaram 49,1% dos partos e a proporção geral de cesarianas foi de 72,2%. As mulheres avaliaram como muito boa (45,6%) e boa (39,7%) a qualidade do pré-natal.

Quanto ao local para a realização do parto, em 64,1% dos casos houve vinculação da mulher no pré-natal ao hospital onde seria o parto, embora apenas 53,3% tenham, de fato, realizado o parto no hospital previamente referenciado. Para 33,7% das mulheres não houve referência, pela equipe de saúde do pré-natal, quanto ao local de parto. O número de hospitais procurados para a realização do parto foi de em média 1,57 (1-11, dp 0,91), sendo que, 63,3% das mulheres procuraram apenas um hospital, 17,8% procuraram 2 hospitais, 14,7% procuraram 3 hospitais e 2,5% procuraram 4 hospitais, ou seja, a peregrinação em busca pelo atendimento ocorreu em 35% dos casos.

Quanto às rotinas institucionais na atenção ao parto e pós-parto imediato, apenas 55,1% das mulheres referiram a presença de acompanhante de sua escolha durante o parto e, em 25,6% dos casos, o serviço não o permitiu. Em 78,7% das vezes houve contato pele a pele ou a criança foi colocada no peito da mãe para amamentar na primeira hora de vida e em 91,8% o alojamento mãe-bebê foi conjunto. Apenas 2,6% das mulheres consideraram a qualidade do atendimento ao parto ruim ou muito ruim, entretanto, estão presentes queixas quanto ao exame de toque vaginal doloroso (6,9%), ao inadequado alívio da dor (6%), as falhas no atendimento (2,4%) e a falta de comunicação e esclarecimentos do profissional quanto aos procedimentos obstétricos que estavam sendo realizados (3,6%). Também foi relatado o uso de jargões ofensivos por profissionais de saúde durante o atendimento ao parto. A tabela 1 também resume a caracterização da população estudada segundo algumas variáveis relacionadas à atenção obstétrica.

A prevalência de depressão PP na população estudada é de 18,4%. Considerando na análise os dados sócio-demográficos, a prevalência da depressão PP nas mulheres com filho de até três meses de idade foi mais alta em mulheres de raça não branca (RP = 1,7), que tinham cursado até a 3ª série do nível médio (RP= 1,6) e que eram mais jovens, com idade inferior à 20 anos (RP= 2,8). A tabela 2

apresenta as prevalências de depressão PP com os respectivos intervalos de confiança para variáveis selecionadas.

**Tabela 2** – Prevalência da depressão pós-parto e intervalos de confiança em mulheres com filhos menores de 3 meses. Distrito Federal, 2011.

<b>Variáveis</b>	<b>Prevalência de depressão PP (%)</b>	<b>IC95%</b>	<b>p*</b>
<b>Idade</b>			p<0,0001
< 20 anos	43,28	40,1 – 46,5	
≥ 20 anos	15,41	14,6 – 16,3	
<b>Raça</b>			p<0,0001
Não Branca	21,53	20,5 – 22,6	
Branca	12,42	11,2 – 13,7	
<b>Escolaridade</b>			p<0,0001
Fundamental/Médio	21,27	20,2 – 22,4	
Superior	12,86	11,6 – 14,2	
<b>Local do parto</b>			p<0,96
Hospital SUS	18,51	17,4 – 19,6	
Não hospital SUS	18,46	17,2 – 19,8	
<b>Acompanhante no parto</b>			p<0,0001
sim	11,91	10,9 – 12,9	
não	25,66	24,3 – 29,0	
<b>Procurou mais que 1 hospital</b>			p<0,502
sim	18,89	17,5 – 20,3	
não	18,30	17,3 – 19,3	
<b>Violência física</b>			p<0,0001
sim	58,99	54,7 – 63,1	
não	15,80	15,0 – 16,6	
<b>Violência negligencia</b>			p<0,0001
sim	51,79	48,0 – 55,5	
não	15,55	14,7 – 16,4	
<b>Violência verbal</b>			p<0,0001
sim	50,27	47,0 – 53,5	
não	14,54	13,7 – 15,4	

**Tabela 2 – Continuação.**

<b>Violência Serviço</b>			
Sim	26,15	24,76-27,59	p<0,0001
Não	12,23	11,31-13,22	
<b>Violência Sistema</b>			
Sim	19,58	18,57-20,63	p<0,0001
Não	16,13	14,76-17,60	

\* Teste de Qui-quadrado de Pearson

A tabela 3 apresenta o *odds ratio* bruto e respectivos intervalos de confiança, para a associação entre as variáveis sócio demográficas, sócio econômicas e relacionadas a violência na atenção obstétrica com a variável de desfecho. Observa-se que todas as variáveis selecionadas, quando analisadas individualmente, estão fortemente associadas a um maior risco de depressão PP. Mulheres que sofreram violência por negligência no parto apresentaram, aproximadamente, sete vezes maior risco de desenvolver depressão PP do que mulheres que não a sofreram. Tanto a violência física quanto a violência verbal também mostraram-se fortemente associadas à depressão PP (5,83 e 5,93, respectivamente). Ser de raça não branca, mais jovem e com baixo grau de escolaridade contribuiu para a ocorrência da depressão PP. É importante salientar que a presença de acompanhante no parto foi fator de proteção para depressão PP.

**Tabela 3** – Odds ratio (OR) bruto para depressão pós-parto e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) em mulheres com filhos menores de 3 meses de idade, segundo variáveis selecionadas. Distrito Federal, 2011.

Variáveis	OR bruto	IC 95%
Raça não branca	1,94	1,7-2,2
Escol. fundamental/ médio	1,83	1,6-2,1
Idade < 20 anos	4,18	3,6-4,8
Violência Sistema	1,27	1,1-1,4
Violência Serviços	2,54	2,3-2,8
V Prof. Negligência	7,66	6,4-9,2
V Prof. Física	5,83	4,9-6,9
V Prof. Verbal	5,93	5,1-6,9
Parto no hospital do SUS	1,00	0,9-1,1
Acompanhante no parto	0,39	0,3-0,4
Procurou mais que 1 hospital	1,03	0,9-1,1

O resultado do modelo de regressão logística apresentado na tabela 4 mostrou que a violência interpessoal na relação das parturientes com os profissionais de saúde é mais importante na determinação de depressão PP do que as violências relacionadas ao Sistema (OR=0,84; IC95% 0,7-0,9) e aos Serviços (OR= 1,34; IC95% 1,2-1,6). Ademais, observou-se que raça e idade são variáveis modificadoras do efeito das violências interpessoais: física, verbal e por negligência.

O odds ratio e o intervalo de confiança de 95% do produto dos termos violência profissional por negligência e raça evidenciam uma interação positiva na escala multiplicativa OR(IC95%) =16,76 (6,8-40,9). Considerando iguais as variáveis de controle, a raça aumenta em 1,17 vezes a chance de deprimir nos indivíduos que não sofreram violência profissional por negligência, enquanto que naqueles que sofreram essa violência a chance de deprimir é 19,69 vezes maior [Exp(0,16+2,82)].

Com relação ao efeito da idade, indivíduos com iguais valores das variáveis de controle e que não foram submetidos à violência profissional por negligência, apresentam três vezes maior chance de deprimir do que aqueles submetidos. No entanto, indivíduos mais jovens que sofreram violência profissional por negligência, apresentam menor chance de deprimir, na ordem de 0,3 vezes [Exp(1,11-2,3)].

Uma vez expostas à violência profissional física, o efeito da idade mais jovem aumenta em torno de 17 vezes a chance da mulher deprimir [Exp(1,11+1,76)].

Quanto à interação da violência profissional verbal e raça, o *odds ratio* e o intervalo de confiança de 95% do produto desses dois termos também evidencia uma interação positiva na escala multiplicativa OR(IC95%) = 3,54 (1,9-6,6). O efeito da raça sobre indivíduos com iguais valores das variáveis de controle e que foram submetidos à violência profissional verbal aumenta em torno de 4 vezes a chance de depressão PP [Exp(0,16+1,27)].

**Tabela 4** – Modelo preditivo com *Odds ratio* (OR) ajustado para depressão pós-parto em mulheres com filhos menores de 3 meses de idade, segundo variáveis selecionadas. Distrito Federal, 2011.

Variáveis	$\beta$	S.E.	OR	IC95%	p <sup>a</sup>
Constante	-2,18	0,08	0,11	-	0,0001
Raça não branca	0,16	0,08	1,17	1,0-1,4	0,0480
Idade < 20 anos	1,11	0,09	3,02	2,5-3,6	0,0001
Violência Sistema	-0,17	0,07	0,84	0,7-0,9	0,0230
Violência Serviços	0,03	0,07	1,34	1,2-1,6	0,0001
V Prof. Negligência	-0,81	0,43	0,44	0,2-1,0	0,0620
V Prof. Física	0,41	0,15	1,51	1,1-2,0	0,0050
V Prof. Verbal	0,24	0,29	1,28	0,7-2,3	0,4130
IVP Negl. Raça	2,82	0,46	16,76	6,8-40,9	0,0001
IVP Negl. Idade	-2,30	0,28	0,10	0,03-0,15	0,0001
IVP Física Idade	1,76	0,27	5,81	3,4-9,9	0,0001
IVP Verbal Raça	1,27	0,32	3,54	1,9-6,6	0,0001

<sup>a</sup>Teste de Wald (Regressão Logística Múltipla)

## Discussão

Os distúrbios psiquiátricos do período puerperal afligem um significativo número de mulheres e podem repercutir negativamente tanto na saúde da mãe quanto na saúde do bebê (ANNIVERNO *et al.* 2013; BROCKINTON 2004; HALBREICH 2005; MARRS *et al.* 2009; MOLEMAN *et al.* 1992; SANTOS 2013;

SCHWAB *et al.* 2012; WHITE *et al.* 2006). Santos (2013) evidencia o impacto negativo da depressão PP no vínculo mãe-filho, o que pode influenciar no aumento do risco da mortalidade infantil. O presente estudo identificou uma alta prevalência de depressão PP, maior em mulheres adolescentes e de raça não branca, e uma forte associação positiva entre os diversos indicadores de violência na atenção obstétrica com depressão PP. Foi observada, também, interação positiva em escala multiplicativa da violência profissional por negligência com raça e com idade, da violência profissional física com idade e da violência profissional verbal com raça.

Infelizmente, o amplo espectro de distúrbios psiquiátricos relacionadas ao puerpério são pobremente compreendidas e conseqüentemente sub-diagnosticadas e sub-tratadas (HALBREICH 2005; MARRS *et al.* 2009). Pesquisas realizadas na área de neurobiologia sugerem que experiências altamente estressantes de violências e ameaças podem resultar em uma hiperativação e desregulação do sistema nervoso autônomo traduzindo estresse em distúrbios emocionais (SAPOLSKY 2003; RAINNIE *et al.* 2004). Embora a depressão PP tenha origem multifatorial, estudiosos de saúde mental concordam que trauma é um fator de risco para o desenvolvimento de depressão e para o desenvolvimento de outros distúrbios psiquiátricos (AU *et al.* 2013; BRESLAU *et al.* 2000; MEZEY *et al.* 2005; ZAMBALDI *et al.* 2009; SCHWAB *et al.* 2012; ANNIVERNO *et al.* 2013).

Menage (1993), ao estudar a associação de estresse psicológico com procedimentos obstétricos e ginecológicos, encontrou alta correlação entre variáveis relacionadas ao atendimento ao parto e transtornos psiquiátricos. Dentre as variáveis que apresentaram alta correlação cita: sentimento de perda de controle pela mulher, falta de informação fornecida pelos profissionais de saúde, experiência de dor física, percepção de não ter sido adequadamente cuidada pela equipe de saúde e submissão a procedimentos não consentidos (MENAGE 1993). Revisões críticas da literatura realizadas por Olde *et al.* (2006) e por Zambaldi *et al.* (2009), encontraram que alguns procedimentos obstétricos como insuficiente alívio da dor, sentimento de falta de controle por parte das mulheres, alguma experiência humilhante, falta de informação e suporte pela equipe de saúde, medo de morrer ou da morte do bebê (OLDE *et al.* 2006; ZAMBALDI *et al.* 2009; ANNIVERNO *et al.* 2013) foram identificados como fatores de risco no desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos. Mesmo um parto considerado rotineiro e normal pela equipe de saúde foi considerado traumático para algumas mulheres (BECK 2004; GARTHUS-NIEGEL

*et al.* 2013). Vários estudos encontraram associação positiva entre eventos relacionados ao parto e depressão PP, dentre eles, estudo realizado por Alvarado-Esquivel *et al.* (2010) encontrou razão de chances de 7,71 de mulheres com depressão PP terem sido submetidas a estresse durante o parto (ALVARADO-ESQUIVEL *et al.* 2010); Arrais (2005) estudando as configurações subjetivas da depressão PP, encontrou que algumas experiências como aquelas relacionadas ao sentimento de desamparo, inadequado controle da dor, sentimento de frustração pela submissão a uma cesariana quando o desejo da mulher era o de um parto normal, estavam associadas à instalação de um quadro de depressão PP (ARRAIS 2005). Em estudo realizado por Schwab *et al.* (2012), 60% das mulheres que consideraram seu parto traumático apresentaram sintomas depressivos nas primeiras seis semanas após o parto (SCHWAB *et al.* 2012). Ademais, estudo realizado por Albuquerque *et al.* (2008) encontrou associação positiva entre transtornos ansiosos e depressão PP, sendo que a depressão se mostrou oito vezes mais comum nas puérperas com transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) (ALBUQUERQUE *et al.* 2008). Os indicadores utilizados no presente estudo para captação da violência institucional na atenção obstétrica ajudam a evidenciar esta realidade.

O indicador violência relacionada ao Sistema de saúde, representado pela peregrinação durante o trabalho de parto, apresentou significativa associação positiva com depressão PP na análise univariada, entretanto não se mostrou fator de risco para o desenvolvimento da depressão PP ao serem incluídas no modelo outras variáveis. O acesso aos serviços de saúde reprodutiva, as peregrinações por diversos serviços na busca pelo atendimento e as longas esperas são características do sistema de saúde que, por serem arraigados na cultura, não são muitas vezes reconhecidos como violência. Médicos, administradores, funcionários da instituição e os próprios pacientes aceitam que pacientes devam esperar pelo seu atendimento (MINAYO 1998; D'OLIVEIRA *et al.* 2002; LEAPE *et al.* 2012). Embora a insegurança produzida pela incerteza de conseguir uma vaga nos hospitais para assistência ao parto e a possibilidade de ter que peregrinar em busca da mesma seja uma condição desumana (DIAS *et al.* 2006; DESLANDES 2005) esta é uma realidade do sistema de saúde brasileiro que contradiz a prática recomendada pela OMS e preconizada pela lei 11.634/07, onde constitui direito da gestante o conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá atendimento no parto.

Esta peregrinação coloca em risco a saúde da gestante e do bebê, sendo que as mulheres negras, indígenas e migrantes são as que mais sofrem discriminação no acesso à saúde e geralmente são as mais vulneráveis a este tipo de violência institucional (VENTURA 2009). Para Deslandes (2005), essas falhas do sistema de saúde são importantes barreiras ao desenvolvimento da atenção humanizada ao parto e demonstram a fragmentação da rede de cuidados à mulher.

O indicador violência institucional relacionada ao serviço, após ajuste por outras variáveis, mostrou-se, significativamente, associado ao desfecho. Sofrer violência relacionada ao serviço aumenta em, aproximadamente, 6 vezes a probabilidade da mulher sofrer depressão PP, sendo que a análise univariada havia mostrado o papel protetor da presença do acompanhante. Apesar da lei 11.108 de 2005 garantir o direito ao acompanhante da escolha da mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais do SUS e a portaria GM2418/05 garantir este mesmo direito às mulheres assistidas nas instituições privadas conveniadas ao SUS, esta não foi a realidade relatada pelas mulheres entrevistadas no presente trabalho. Embora as regras institucionais sejam importantes para a organização dos serviços de saúde, o privilégio exclusivo das normas e rotinas em detrimento das necessidades das parturientes configuram uma assistência obstétrica que desfavorece a autonomia, o respeito e a dignidade das mulheres (NAGAHAMA *et al.* 2008, OLIVEIRA *et al.* 2005). Estudo realizado por Bruggemann *et al.* (2010) em maternidades brasileiras demonstra, por meio de um modelo preditivo, o quanto um acompanhante da escolha da mulher no momento do parto aumenta a sua satisfação global (BRUGGEMANN *et al.* 2010).

No entanto, ainda que tenham sido determinantes da depressão PP na análise univariada, na regressão logística apareceu que, quando as várias formas da violência interpessoal são inseridas no modelo, essa determinação da violência do sistema e a do serviço de saúde perde em força de associação, evidenciando a importância dessa outra determinação.

Os indicadores da violência na relação interpessoal da parturiente com os profissionais de saúde foram os que apresentaram maior força de associação positiva com a depressão PP. O termo utilizado para representar a interação da variável violência profissional por negligência com raça não branca apresentou coeficiente positivo sugerindo um aumento do efeito na escala multiplicativa. Nota-se que o aumento da probabilidade de sofrer depressão PP, dada a interação dessas

duas variáveis, pode ser ainda maior do que aquela observado no termo que denota a interação, se considerarmos os valores de cada uma das variáveis individualmente. Segundo Diniz, estão *encarnadas* nos procedimentos de rotina, nos cortes desnecessários, na solidão, no desamparo, as relações sociais de desigualdade de gênero, de classe, de raça que potencializam ainda mais a discriminação (DINIZ *et al.* 2006). Para Mattar *et al.* (2012) existem hierarquias reprodutivas, ou seja, existem maternidades mais prestigiadas e respeitadas, enquanto outras podem ser fonte de preconceitos, discriminação e violação dos direitos humanos.

Estudo realizado por Aguiar *et al.* em 2008, em grande metrópole brasileira, revela que profissionais de saúde reconhecem o uso de práticas discriminatórias e desrespeitosas no cotidiano da assistência às parturientes. São exemplos citados dessas práticas o uso de jargões pejorativos, ameaças, reprimendas e negligência no manejo da dor. Essas práticas são percebidas pelos profissionais como um exercício de autoridade em um contexto considerado “difícil”. Tal contexto revela a banalização da violência institucional que é travestida em boas práticas e torna-se invisível no cotidiano da assistência (AGUIAR *et al.* 2013). Em pesquisa realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, representativa para o país, na qual se ouviu a opinião de 2.365 mulheres de 25 estados da federação, moradores de regiões urbanas e rurais, constatou-se que uma em cada quatro mulheres haviam sofrido algum tipo de violência no parto, destacando-se o exame de toque vaginal doloroso (PERSEU ABRAMO 2010). Dados de outra pesquisa sobre violência institucional em maternidades públicas de São Paulo (AGUIAR *et al.* 2011) revelaram que as gestantes e parturientes reconhecem práticas discriminatórias e tratamentos grosseiros, pelos profissionais da saúde, e que essas experiências ocorrem de maneira frequente, revelando uma banalização desta violência.

No presente estudo, apesar da forte associação observada entre violência na atenção obstétrica e depressão PP, não seria assertivo inferir causalidade pela própria natureza do estudo, onde desfecho e exposição são detectados no mesmo momento. Ademais, a medida de associação utilizada, *odds ratio*, pode superestimar o risco em condições onde a prevalência do desfecho não é rara. Uma outra importante potencial limitação do estudo é a ausência de triagem de depressão no período pré-gestacional, que de acordo com a literatura consultada constitui um dos principais preditores para depressão PP (ANNIVVERNO *et al.* 2013).

A partir dos resultados desta investigação, conclui-se que os indicadores utilizados para refletir a violência institucional na atenção obstétrica mostraram-se positivamente associados à depressão PP no Distrito Federal. Denota-se, com estes resultados, a necessidade da adequação dos protocolos assistenciais na atenção obstétrica, assim como a sensibilização de profissionais para mudanças em suas atitudes e práticas.

### **Considerações finais**

A violência institucional é invisível ou aceita socialmente como natural, pois é justificada como sendo a de “práticas necessárias ao bem das próprias mulheres” (D’OLIVEIRA *et al.* 2002). A vivência que a mulher terá no período puerperal dependerá de uma série de condições, desde aquelas intrínsecas à mulher e à gestação até àquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde, ao serviço de saúde e aos profissionais de saúde, sendo que a assistência recebida pela equipe de saúde poderá repercutir no desenvolvimento de desordens psiquiátricas, incluindo depressão PP (ARRAIS 2005; ALVARADO-ESQUIVEL *et al.* 2010; BRESLAU 2000; SCHWAB *et al.* 2012).

Por conseguinte, a atenção adequada à mulher no momento do trabalho de parto, parto e no pós-parto imediato garante à ela uma possibilidade de exercer a maternidade com segurança e bem estar. A assistência hospitalar na atenção obstétrica deve ser, então, segura, garantindo a cada mulher os benefícios dos avanços científicos sem, contudo, desprezar a sua autonomia.

## Referências

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. Violência Institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface – Comunicação Saúde Educação**. v.15, n. 36, p.79-91. 2011.

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n.11, p.2287-96. 2013.

ALBUQUERQUE. T.L.C.; SOUGEY, E.B. Depressão pós-parto: prevalência e comorbidade com transtornos ansiosos. Apresentado em: Congresso de Iniciação Científica da UFPE; 2008; Pernambuco, RE.

ALVARADO-ESQUIVEL, C.; SIFUENTES-ALVAREZ, A.; ESTRADA-MARTINEZ, S.; SALAS-MARTINEZ, C.; HERNANDEZ-ALVARADO, A.B.; ORTIZ-ROCHA, S.G.; GARCIA-LOPEZ, C.R.; TORRES-CASTORENA, A.; SANDOVAL-HERRERA, F. Prevalência de depressión pós-natal em mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. **Gac Méd Méx**. v. 146, n.1, p.1-9. 2010.

ANNIVERNO, R.; BRAMANTE, A.; MENCACCI, C.; DURBANO, F. Anxiety disorders in pregnancy and the postpartum period. **New Insights into Anxiety Disorders**. Intec Open Science, 2013. Disponível em: <<http://www.intechopen.com/books/new-insights-into-anxiety-disorders/anxiety-disorders-in-pregnancy-and-the-postpartum-period>> Acesso em: 8 jan. 2014.

ARRAIS, AR. **As configurações subjetivas da depressão pós parto: para além da padronização patologizante**. 2005. 158f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Departamento de Patologia Clínica, Universidade de Brasília, Brasília, DF.

AU TM; DICKSTEIN BD; COMER JS; SALTERS-PEDNEAULT K; LITZ BT. Co-occurring posttraumatic stress and depression symptoms after sexual assault: A latente profile analysis. **Journal fo Affective Disorders**, v. 149, p. 209-16. 2013.

BECK, C.T. Birth trauma in the eye of beholder. **Nurse Research**. v.53, n.1, p.28-35. 2004.

BOWSER, D.; HILL, K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project: Harvard School of Public Health. University Research Co, LLC, 2010. p.1-57.

BRASIL. Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano a Amazônica Legal e no Nordeste, Brasil, 2010. Editora MS, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_avaliacao\\_da\\_atencao\\_ao\\_pre-natal\\_web.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_avaliacao_da_atencao_ao_pre-natal_web.pdf)>

BRASIL. Violência intrafamiliar: orientações para práticas em serviço. Série Cadernos de Atenção Básica n.8, 96 p. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

BRESLAU, N.; DAVIS, G.D.; PETERSON, E.L.; SCHULTZ, L.R. A second look at comorbidity in victims of trauma. **Biol. Psychiatry**. v.48, n.9, p.902-9. 2000.

BROCKINTON, I. Postpartum psychiatric disorders. **The Lancet**. v.363, p.303-10. 2004.

BRUGGEMANN, O.M.; PARPINELLI, M.A.; OSIS, M.J.D.; CECATTI, J.G.; NETO, A.S.C. Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em maternidade brasileira: ensaio clínico randomizado. **Rev Tempus Actas Saúde Col**. p.155-9. 2010.

D'GREGORIO, P. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. v.111, p.201-2. 2010.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**. v.359, n.9318, p.1681-5. 2002.

DESLANDES, S.F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.10, n.3, p.615-26. 2005.

DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**. v.22, n.12, p.2647-55. 2006.

DINIZ, S.G.; CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Pública**. v.1, n.1, p.80-91. 2006.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados. Disponível em: < <http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf> > Acesso em: 18 de novembro de 2012.

GARTHUS-NIEGEL, S.; SOEST T.V.; VOLLRATH, M.E.; EBERHARD, G. The impact of subjective birth experience on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. **Arch Womens Ment Health**. v.16, p.1-10. 2013.

GOMES, A.M.A.; NATIONS, M.K.; LUZ, M.T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde Sociedade**. v.17, n.1, p.61-72. 2008.

HALBREICH, U. Postpartum disorders: multiple interacting underlying mechanisms and risk factors. **Journal of Affective Disorders**, v.88, p.1-7. 2005.

HOTIMSKY, S.N.; RATTNER, D.; VENANCIO, S.I.; BOGUS, C.M.; MIRANDA, M.M. O parto como eu vejo...ou como o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, p.1303-11. 2002.

LEAPE, L.L.; SHORE, M.F.; DIENSTAG, J.L.; MAYER, R.J.; EDGAMN-LEVITAN, S.P.A.; MEYER, G.S.; HEALY, G.B. Perspective: a culture of respect, Part I: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. **Academic Medicine**. v.87, n.7, p.845-52. 2012.

MCMAHON SA; GEORGE AS; CHEBET JJ; MOSHA IH; MPEMBENI RNM; WINCH PJ. Experience of an responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirht. **BMC Pregnancy Childbirth**. v.14, n.1, p.268. 2014.

MALLOY-DINIZ, L.F.; SCHLOTTFELDT, C.G.M.F.; FIGUEIRA, P.; NEVES, F.S.; CORREA, H. Escala de depressão pós parto de Edimburgo: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. **Rev. Bras. Psiq.**, v.32, n.3, p.316-8. 2010.

MARRS, C.R.; DURETTE, R.T.; FERRARO, D.P.; CROSS, C.L. Dimensions of postpartum psychiatric distress: preliminar evidence for broadening clinical scope. **Journal of affective disorders**. v. 115, p.100-11. 2009.

MATTAR, L.D.; DINIZ, C.S.G. Hierarquias reprodutivas: maternidades e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface Comunicação Saúde Educação**. v.16, n.40, p.107-19. 2012.

MELO, C.O.M.; MOREIRA, S.N.T.; TERTULIN, F.F.; AZEVEDO, G.D. Considerações sobre violência institucional no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. **Femina**. v.36, n.2, p.73-7. 2008.

MENAGE, J. Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynecological procedure. **J. Reprod. Infant Psychol.**, v.11, p. 221:8. 1993.

MEZEY, G.; BACCHUS, L.; BEWLEY, S.; WHITE, S. Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. **International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.112, p.197-204. 2005.

MINAYO, M.C.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciência, Saúde, Manguinhos**, v. IV, n.3, p. 513-31. 1998.

MISAGO, C.; KENDALL, C.; FREITAS, P.; SILVEIRA, D.; ONUKI, T.; MORI, T.; SADAMARI, T.; UMENARI, T. From “culture of dehumanization of childbirth” to “childbirth as a transformative experience”: changes in five municipalities in north-east Brazil. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.75, p. S67-72. 2001.

MOLEMAN, N.; VAN DER HART, O.; VAN DER KOLK, B.A. Brief report: the partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. **Journal of Nervous and Mental Disease**.1992.

MORSE, M.L.; FONSECA, S.C.; GOTTGROUY, C.L.; WALDMANN, C.S.; GUELLER, E. Morbidade materna grave e near misses em hospital de referencia regional. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.14, n.2, p. 310-22. 2011.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao SUS em municípios da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.24, n.8, p. 1859-68. 2008.

OLDE, E.; VAN DER HART, O.; KLEBER, R.; VAN SON, M. Posttraumatic stress following childbirth: a review. **Clinical Psychology Review**, v. 26, p. 1-16. 2006.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; MIQUILINI, E.C. Frequências e critérios para indicar a episiotomia. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 39, n.3, p. 288-95. 2005.

OMS. Every women, every child: strenghtening equity and dignity throught health. The second report on the independente expert review group on information and accountability for women's and children's health, 2013. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85757/1/9789241505949\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85757/1/9789241505949_eng.pdf)>

PARADA, C.M.G.L.; TORRETE, V.L.P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico puerperal sob a perspectiva de usuários de serviços públicos. **Interface-Comum. Saúde Soc.** v.12, n.24, p. 35-46. 2008.

RAINNIE, D.G.; BERGERON, R., SAIDYK, T.J., PATIL, M., GEHLERT, D.R., SHEKHAR, A. Corticotrophin releasing fator-unduced synaptic plasticity in the amygdala translates stress into emotional disorders. **J. Neurosci.**, v.24, n.14, p.3471-9. 2004.

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: a brief theoretical framework. *Rev. Tempus Acta Saúde Col.*, v.4, p. 41-8. 2009b.

ROBINSON, J. Posttraumatic stress disorder. **AIMS Journal**, v.19, n.1. 2007.

RUSCHI, G.E.C.; SUN, S.Y.; MATTAR, R.; CHAMBÔ FILHO, A.; ZANDONADE, E.; LIMA, V.J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós parto em amostra brasileira. **Rev. Psiquiatria Rio Gd Sul.** v.29, n.3, p.274-80. 2007.

SANTOS, W. **A depressão pós-parto influencia o cuidado à saúde infantil?** . 86f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF).

SAPOLSKY, R.M. Stress and plasticity in the limbic system. **Neurochem. Res**, v. 28, n.11, p.1735-42. 2003

SCHWAB, W.; MARTH, C.; BERGANT, A.M. Post traumatic stress disorder post partum. **GebFra Science**, v.72, p.56-63. 2012.

VENTURA, M. Direitos Reprodutivos no Brasil. Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA 3ª ed. Brasília, 2009.

WHITE, T.; MATTHEY, S.; BOYD, K.; BARNETT, B. Postnatal depression and post traumatic stress after childbirth: prevalence, course and co-occurrence. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v.24(2), p.107-20. 2006.

ZAMBALDI, C.F.; CANTILINO, A.; SOUGEY, E.B. Parto traumático e transtorno de estresse pós traumático: revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.58, n.4, p.252-7. 2009

## 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Violência é um fenômeno complexo e extremamente difuso. Defini-lo não é uma ciência, mas uma forma de julgamento. Noções do que seja ou não aceitável em termos de comportamento e do que constitui dano são influenciadas por aspectos culturais que estão em constantes mudanças. Há violências diversas, implicando atores diversos, acontecendo sob diferentes formas e exigindo diferentes respostas (KRUG *et al.* 2002).

Este trabalho propôs uma categorização da violência institucional na atenção obstétrica que contemplasse além das relações interpessoais, outras relações como àquelas existentes entre as parturientes com os serviços de saúde e com o Sistema de saúde, ou seja, as várias faces da violência institucional.

Os indicadores criados a partir das categorias de violência propostas e utilizados no modelo de regressão logística refletiram a violência institucional na atenção obstétrica e mostraram-se positivamente associados à depressão pós-parto nas Instituições de saúde públicas e privadas do Distrito Federal, salientando o papel da violência interpessoal, praticada por profissionais de saúde. Denota-se, com estes resultados, a necessidade da adequação dos protocolos assistenciais na atenção obstétrica, assim como de sensibilização desses profissionais para uma mudança de atitudes e práticas.

## 7 – REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. Violência Institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface – Comunicação Saúde Educação**. v.15, n. 36, p.79-91. 2011.

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n.11, p.2287-96. 2013.

ALBUQUERQUE, T.L.C.; SOUGEY, E.B. Depressão pós-parto: prevalência e comorbidade com transtornos ansiosos. Apresentado em: Congresso de Iniciação Científica da UFPE; 2008; Pernambuco, RE.

ALVARADO-ESQUIVEL, C.; SIFUENTES-ALVAREZ, A.; ESTRADA-MARTINEZ, S.; SALAS-MARTINEZ, C.; HERNANDEZ-ALVARADO, A.B.; ORTIZ-ROCHA, S.G.; GARCIA-LOPEZ, C.R.; TORRES-CASTORENA, A.; SANDOVAL-HERRERA, F. Prevalência de depressión pós-natal em mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. **Gac Méd Méx**. v.146, n.1, p.1-9. 2010.

ANNIVVERNO, R.; BRAMANTE, A.; MENCACCI, C.; DURBANO, F. Anxiety disorders in pregnancy and the postpartum period. **New Insights into Anxiety Disorders**. Intec Open Science, 2013. Disponível em: <<http://www.intechopen.com/books/new-insights-into-anxiety-disorders/anxiety-disorders-in-pregnancy-and-the-postpartum-period>> Acesso em: 8 jan. 2014.

ANS. Disponível em: < <http://ans.gov.br//materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor#>> Acesso em: 18 de set de 2014.

ARRAIS, A.R. **As configurações subjetivas da depressão pós parto: para além da padronização patologizante**. 2005. 158f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Departamento de Patologia Clínica, Universidade de Brasília, Brasília, DF.

AU, T.M.; DICKSTEIN, B.D.; COMER, J.S.; SALTERS-PEDNEAULT, K.; LITZ, B.T. Co-occurring posttraumatic stress and depression symptoms after sexual assault: A latent profile analysis. **Journal fo Affective Disorders**, v.149, p.209-16. 2013.

BAILHAN, D.; JOSEPH, S. Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. **Psychol Health Med.**,v.8, n.2, p.159-68. 2003.

BANDEIRA, L.; BATISTA, A.S. Preconceito e discriminação como expressões da violência. **Estudos Feministas.** p.119-41. 2002.

BECK, C.T. Birth trauma in the eye of beholder. **Nurse Research**,v.53, n.1, p.28-35. 2004.

BECK, C.T. Birth trauma in the eye of beholder. **Nurse Research.** v.53, n.1, p.28-35. 2004.

BEHRUZI R; HOTE M; FRASER W; GOULET L; LI M; MISAGO C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2010.

BERLIM, M.T; PERIZZOLO, J.; FLECK, M.P.A. Transtorno do estresse pós-traumático e depressão maior. **Rev. Bras. Psiquiatr,** v.25, n.1, p.51-4. 2003.

BOWIE, V. Understanding organizational violence: the missing link in resolving workplace violence? *IN: Third International Conference on Violence in the Health Sector.* Canadá, 2012. 480p .

BOWSER. D.; HILL, K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project: Harvard School of Public Health. University Research Co, LLC, 2010. p.1-57.

BRASIL. Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano a Amazônica Legal e no Nordeste, Brasil, 2010. Editora MS, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_avaliacao\\_da\\_atencao\\_ao\\_pre-natal\\_web.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_avaliacao_da_atencao_ao_pre-natal_web.pdf)>

BRASIL. Câmara dos Deputados. Relatório da CPI da Mortalidade Materna. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[www.portalmedico.org.br/biblioteca\\_virtual/cpi/CPIMortalidade\\_Materna.htm-Relatorio-CPIMORTALIDADEMATERNA](http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/cpi/CPIMortalidade_Materna.htm-Relatorio-CPIMORTALIDADEMATERNA)>. Acesso em: 19 de dez. 2012.

BRASIL. Violência intrafamiliar: orientações para práticas em serviço. Série Cadernos de Atenção Básica n.8, 96 p. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

BREILH, J. Latin American critical ('social') epidemiology: new settings for an old dream. **International Journal of Epidemiology**, v.37, p.747-750. 2008.

BRESLAU, N.; DAVIS, G.D.; PETERSON, E.L.; SCHULTZ, L.R. A second look at comorbidity in victims of trauma. **Biol. Psychiatry**. v.48, n.9, p.902-9. 2000.

BROCKINTON, I. Postpartum psychiatric disorders. **The Lancet**. v.363, p.303-10. 2004.

BRUGGEMANN, O.M.; PARPINELLI, M.A.; OSIS, M.J.D.; CECATTI, J.G.; NETO, A.S.C. Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em maternidade brasileira: ensaio clínico randomizado. **Rev Tempus Actas Saúde Col**. p.155-9. 2010.

CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C.F.; SOUGEY, E.B.; RENNÓ, J.J.R. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev Psiq Clinica**, v.37, n.6, p.278-84. 2010.

D'GREGORIO, P. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. v.111, p.201-2. 2010.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**. v.359, n.9318, p.1681-5. 2002.

DAHLBERG, L.L; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciências e Saúde Coletiva**. v.11, p.1163-78. 2007.

DATASUS. Disponível: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>  
Acesso em: 18 de Set. 2014.

DAVIS-FLOYD R. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. V.75, n.1, p.5-23. 2001.

DESLANDES, S.F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.10, n.3, p.615-26. 2005.

DIAS, H.H.Z.R. **O “des”cuidado em saúde: a violência visível e invisível no trabalho de enfermagem**. 2002. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -

Programa de pós graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**. v.22, n.12, p.2647-55. 2006.

DINIZ SG. A violência contra as mulheres como questão de saúde no Brasil. *IN: Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005) alcança limites*. **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**, 2006; 310p.

DINIZ SG. Humanização da assistência ao parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.10, n.3, p.627-37. 2005.

DINIZ, S.G. Gender, maternal health and the perinatal paradox. **Tempus Acta de Saude Coletiva**. p.49-59. 2010.

DINIZ, S.G.; CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**. v.I, n.1, p.80-91. 2006.

FARMER P. An anthropology of structural violence. **Curr Anthropol**. v.45, p.305-26. 2001.

FERREIRA MS. Polissemia do conceito de instituição: diálogos entre Goffman e Foucault. **ECOS**. v.2, n.1, p.74-86. 2012.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados. Disponível em: <  
<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf> > Acesso em: 18 de novembro de 2012.

GAÍVA MAM; TAVARES CMA. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido. **R. Gaúcha Enferm**. v. 23, n.1, p.132-45. 2002.

GALTUNG J. Cultural violence. **Journal of Peace Research**. v.27, n.3, p.291-305. 1990.

GALTUNG J. Violence, peace and peace research. **Journal of Peace Research**. v.6, n.3, p.167-91. 1969.

GARTHUS-NIEGEL, S.; SOEST T.V.; VOLLRATH, M.E.; EBERHARD, G. The impact of subjective birth experience on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. **Arch Womens Ment Health**. v.16, p.1-10. 2013.

GOMES, A.M.A.; NATIONS, M.K.; LUZ, M.T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde Sociedade**. v.17, n.1, p.61-72. 2008.

HALBREICH, U. Postpartum disorders: multiple interacting underlying mechanisms and risk factors. **Journal of Affective Disorders**, v.88, p.1-7. 2005.

HOTIMSKY, S.N.; RATTNER, D.; VENANCIO, S.I.; BOGUS, C.M.; MIRANDA, M.M. O parto como eu vejo...ou como o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, p.1303-11. 2002.

KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWI AB, LOZANO R. World Report on Violence and Health: summary. Geneva, WHO, 2002, p44.

KUNZE NC. Resenha do livro: GOFFMAN E. Manicômios, prisões e conventos Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001. Revista Histedbr on-line. Campinas, 2009;33:289-94.

LEAL, M.C.; SILVA, A.A.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; RATTNER, D.; MOREIRA, M.E.; THEME FILHA, M.M.; DOMINGUES, R.M.S.M.; PEREIRA, A.P.E.; TORRES, J.A.; BITTENCOURT, S.D.A.; D'ORS, E.; CUNHA, A.J.L.A.; LEITE, A.J.M.; CAVALCANTE, R.S.; LANSKY, S.; DINIZ, C.S.G.; SZWARCOWALD, C.L. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**. v.9, n.15,p.1-8. 2012.

LEAPE, L.L.; SHORE, M.F.; DIENSTAG, J.L.; MAYER, R.J.; EDGAMN-LEVITAN, S.P.A.; MEYER, G.S.; HEALY, G.B. Perspective: a culture of respect, Part I: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. **Academic Medicine**. v.87, n.7, p.845-52. 2012.

LOBATO, G.; MORAES, C.L.; REICHENHEIM, M.E. Magnitude da depressão pós parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.11, n.4, p.369-379. 2011.

MALLOY-DINIZ, L.F.; SCHLOTTFELDT, C.G.M.F.; FIGUEIRA, P.; NEVES, F.S.; CORREA, H. Escala de depressão pós parto de Edimburgo: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. **Rev. Bras. Psiq.**, v.32, n.3, p.316-8. 2010.

MARRS, C.R.; DURETTE, R.T.; FERRARO, D.P.; CROSS, C.L. Dimensions of postpartum psychiatric distress: preliminar evidence for broadening clinical scope. **Journal of affective disorders**. v. 115, p.100-11. 2009.

MATTAR, L.D.; DINIZ, C.S.G. Hierarquias reprodutivas: maternidades e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface Comunicação Saúde Educação**. v.16, n.40, p.107-19. 2012.

MCMAHON SA; GEORGE AS; CHEBET JJ; MOSHA IH; MPEMBENI RNM; WINCH PJ. Experience of an responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirht. **BMC Pregnancy Childbirth**. v.14, n.1, p.268. 2014.

MELO, C.O.M.; MOREIRA, S.N.T.; TERTULIN, F.F.; AZEVEDO, G.D. Considerações sobre violência institucional no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. **Femina**. v.36, n.2, p.73-7. 2008.

MENAGE, J. Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynecological procedure. **J. Reprod. Infant Psychol.**, v.11, p. 221:8. 1993.

MEZEY G.; BACCHUS L.; BEWLEY S.; WHITE, S. Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. **International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.112, p.197-204. 2005.

MINAYO, M.C.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciência, Saúde, Manguinhos**, v.IV, n.3, p. 513-31. 1998.

MISAGO, C.; KENDALL, C.; FREITAS, P.; SILVEIRA, D.; ONUKI, T.; MORI, T.; SADAMARI, T.; UMENARI, T. From “culture of dehumanization of childbirth” to “childbirth as a transformative experience”: changes in five municipalities in north-east Brazil. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.75, p. S67-72. 2001.

MOLEMAN, N.; VAN DER HART, O.; VAN DER KOLK, B.A. Brief report: the partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. **Journal of Nervous and Mental Disease**.1992.

MORSE, M.L.; FONSECA, S.C.; GOTTGRO, C.L.; WALDMANN, C.S.; GUELLER, E. Morbidade materna grave e near misses em hospital de referencia regional. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.14, n.2, p. 310-22. 2011.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao SUS em municípios da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.24, n.8, p. 1859-68. 2008.

OLDE, E.; VAN DER HART, O.; KLEBER, R.; VAN SON, M. Posttraumatic stress following childbirth: a review. **Clinical Psychology Review**, v. 26, p. 1-16. 2006.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; MIQUILINI, E.C. Frequências e critérios para indicar a episiotomia. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 39, n.3, p. 288-95. 2005.

OMS. Every women, every child: strengthening equity and dignity through health. The second report on the independent expert review group on information and accountability for women's and children's health, 2013. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85757/1/9789241505949\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85757/1/9789241505949_eng.pdf)>

OMS. Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da OMS. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, WHO, 1996.

PARADA, C.M.G.L.; TORRETE, V.L.P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico puerperal sob a perspectiva de usuários de serviços públicos. **Interface-Comum. Saúde Soc.** V.12, n.24, p. 35-46. 2008.

PEDROSA, C.M.; SPINK, M.J.P. A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc.** v. 20, n.1, p. 124-35. 2011.

RAINNIE, D.G.; BERGERON, R., SAIDYK, T.J., PATIL, M., GEHLERT, D.R., SHEKHAR, A. Corticotrophin releasing fator-induced synaptic plasticity in the amygdala translates stress into emotional disorders. **J. Neurosci.**, v.24, n.14, p.3471-9. 2004.

RATTNER, D; SANTOS, M.L.; LESSA, H.; DINIZ, S.G. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Rev Tempus Acta Saúde Col.**, p. 215-28. 2010.

- RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.13, n.1, p. 759-68. 2009.
- RATTNER, D. Humanizing childbirth care: a brief theoretical framework. **Rev. Tempus Acta Saúde Col.**, v.4, p. 41-8. 2010.
- RATTNER, D. Quality of care at childbirth: seeking a comprehensive approach [Tese]. [Chapel Hill, 2001]: University of North Carolina, 2001.144p.
- RIOS, I.C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.33, n.2, p.253-61. 2009a.
- RIOS, I.C. Violência e Humanização. Caminhos da Humanização na Saúde: prática e reflexão. São Paulo, Editora Áurea, 2009. 179p.
- ROBINSON, J. Posttraumatic stress disorder. **AIMS Journal**, v.19, n.1. 2007.
- RUSCHI, G.E.C.; SUN, S.Y.; MATTAR, R.; CHAMBÔ FILHO, A.; ZANDONADE, E.; LIMA, V.J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós parto em amostra brasileira. **Rev. Psiquiatria Rio Gd Sul**. v. 29, n.3, p.274-80. 2007.
- SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. Manual de Psiquiatria Clínica – referência rápida – 5ª edição. Artmed, 2012.
- SANTOS, W. **A depressão pós-parto influencia o cuidado à saúde infantil?** . 86f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF).
- SAPOLSKY, R.M. Stress and plasticity in the limbic system. **Neurochem. Res**, v. 28, n.11, p.1735-42. 2003
- SCHWAB, W.; MARTH, C.; BERGANT, A.M. Post traumatic stress disorder post partum. **GebFra Science**, v.72, p.56-63. 2012.
- VAN SON, M.; VERKERK, G.; VAN DER HART, O.; KOMPROE, I.; POP, V. Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of postpartum posttraumatic stress: an empirical study. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, v.12, p.297-312. 2005.
- VENTURA, M. Direitos Reprodutivos no Brasil. Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA 3ª ed. Brasília, 2009.

WHITE, T.; MATTHEY, S.; BOYD, K.; BARNETT, B. Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: prevalence, course and co-occurrence. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v.24, n.2, p.107-20. 2006.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate Technology for birth. *Lancet*, 1985;2(8452):436-7.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Statistical Classification and Related Health Problems 10th Revision, 2010. Disponível em: <  
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F32.2>>

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevention and Elimination of disrespect abuse during childbirth. Acesso em: 25 de set 2014. Disponível em :  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/)

WOLFF, L.R, WALDOW, V.R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** v.17,n.3, p.138-151. 2008.

ZAMBALDI, C.F.; CANTILINO, A.; SOUGEY, E.B. Parto traumático e transtorno de estresse pós traumático: revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** v.58, n.4, p.252-7. 2009

## 8 – ANEXOS

A – Formulário padrão utilizado no *Diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal*

INÍCIO: \_\_\_hs\_\_\_min

### IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

01. Cidade ou Região Administrativa: \_\_\_\_\_ (combo) 02. UBS: \_\_\_\_\_

03. Código: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (código será gerado pelo PDA)

04. Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

05. Nome completo da MÃE: \_\_\_\_\_

06. Data nascimento da MÃE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

07. Nome completo da CRIANÇA: \_\_\_\_\_

08. Data nascimento da CRIANÇA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Priorize data da Certidão Nascimento ou Caderneta de Saúde)

09. Sexo da CRIANÇA: ( ) Masculino ( ) Feminino

10. Até que série a mãe completou com aprovação na escola?

( ) Não estudou ( ) Não sabe informar  
 ENSINO FUNDAMENTAL (série): ( ) 1ª ( ) 2ª ( ) 3ª ( ) 4ª ( ) 5ª ( ) 6ª ( ) 7ª ( ) 8ª  
 ENSINO MÉDIO (ano): ( ) 1ª ( ) 2ª ( ) 3ª  
 ENSINO SUPERIOR (ou mais): ( ) Completo ( ) Incompleto

11. Em sua opinião, a sua cor ou raça é:

( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Indígena ( ) Amarela (Asiático, Japonês, Chinês, Coreano)

12. Quem CHEFIA a sua casa ou família é: ( ) Você (pule para 16) ( ) Outra pessoa.

Grau de parentesco: ( ) esposo/companheiro ( ) mãe e/ou pai ( ) tia e/ou tio ( ) avô e/ou avó ( ) outros

13. Qual o sexo do(a) Chefe de Família? ( ) Masculino ( ) Feminino

14. Até que série o(a) Chefe de Família completou na escola?

( ) Não estudou ( ) Não sabe informar  
 ENSINO FUNDAMENTAL (série): ( ) 1ª ( ) 2ª ( ) 3ª ( ) 4ª ( ) 5ª ( ) 6ª ( ) 7ª ( ) 8ª  
 ENSINO MÉDIO (ano): ( ) 1ª ( ) 2ª ( ) 3ª  
 ENSINO SUPERIOR (ou mais): ( ) Completo ( ) Incompleto

15. O chefe da família possui quantos anos? \_\_\_ anos

16. Na sua família, alguém recebe Bolsa Família, Bolsa Escola, Bolsa Alimentação ou outra ajuda social?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe informar

### ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

Agora irei perguntar como foi a sua gravidez quando esperava \_\_\_\_\_

(nome da criança avallada)

17. Você fez o pré-natal durante esta gravidez? ( ) Não ( ) Sim (pule para 19)

18. Por que você não fez o pré-natal? (pule para 35)

( ) Não tinha condições (DINHEIRO) ( ) Era longe ( ) Não conseguiu consulta ( ) Não sabia que precisava  
 ( ) Não recebeu informação ( ) Não quis ( ) Outro motivo

19. Cidade ou Região Administrativa onde fez o pré-natal: \_\_\_\_\_ (combo)

20. Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez de \_\_\_\_\_?  
(nome da criança avallada)  
( ) \_\_\_\_\_ consultas ( ) Não sabe Informar
21. Com quantos meses de gravidez você fez a primeira consulta deste pré-natal? ( ) \_\_\_\_\_ mês(es) ( ) Não sabe
22. Durante este pré-natal, sua pressão foi medida:  
( ) em todas as consultas ( ) em algumas consultas ( ) em nenhuma consulta ( ) Não sabe Informar
23. Durante este pré-natal, seu peso foi medido:  
( ) em todas as consultas ( ) em algumas consultas ( ) em nenhuma consulta ( ) Não sabe Informar
24. Durante o seu pré-natal, você fez algum exame de sangue para diagnosticar anemia (hemograma)?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe Informar
25. Durante o seu pré-natal, você fez algum exame de glicemia ou açúcar no sangue?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe Informar
26. Durante o seu pré-natal, você fez algum exame de urina?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe Informar
27. Durante este pré-natal, você fez teste para HIV/AIDS?  
( ) Sim ( ) Não (pule para 29) ( ) Não sabe (pule para 29)
28. Você foi informada do resultado do teste de HIV/AIDS?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se lembra
29. Durante este pré-natal, você fez algum teste de Sífilis?  
( ) Sim, uma vez ( ) Sim, duas vezes ( ) Não (pule para 31) ( ) Não sabe Informar (pule para 31)
30. Você foi informada do resultado do teste de Sífilis?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se lembra
31. Durante este pré-natal, você recebeu orientação sobre aleitamento materno?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe Informar
32. Durante este pré-natal, você fez algum Ultra-som (Ecografia)?  
( ) Sim ( ) Não (pule para 34) ( ) Não sabe Informar (pule para 34)
33. Quantos exames de ultra-som (ecografias) você fez? ( ) \_\_\_\_\_ exames ( ) Não sabe Informar
34. Em sua opinião, a qualidade do atendimento deste pré-natal foi:  
( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Satisfatória ( ) Ruim ( ) Muito ruim
- Durante a gravidez do(a) (nome da criança) \_\_\_\_\_
35. Você foi internada por alguma complicação da gravidez (ênfatisar que a complicação tenha sido da gravidez)? ( ) Sim ( ) Não (pule para 41)
36. Por qual motivo? ( ) Pressão Alta ( ) Infecção Urinária ( ) Diabetes ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_
37. O hospital onde você foi internada era um serviço:  
( ) Público do SUS do DF ( ) Serviço Privado/Plano de Saúde ou convênio  
( ) Público do SUS de fora do DF ( ) Serviço Privado/Particular
38. Durante esta complicação, você teve que ser transferida para outro hospital com mais recursos?  
( ) Sim ( ) Não (pule para 41)
39. Nesta ocasião, você foi internada na UTI? ( ) Sim ( ) Não
40. Nesta ocasião, você precisou de aparelhos para respirar? (por exemplo: tubo na garganta/Ventilação mecânica/ Pulmão artificial) ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe Informar
41. Algum médico disse que você teve pressão alta por causa da gravidez?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe Informar

42. Durante esta gravidez, no parto ou logo após o parto, você teve convulsões, crises convulsivas ou ataque?  
 Sim  Não (pule para 44)  Não sabe informar (pule para 44)
43. Havia apresentado convulsões, crises convulsivas ou ataque antes?  
 Sim  Não  Não sabe informar
44. Durante esta gravidez, teve algum sangramento que chegou a molhar a roupa, cama ou o chão?  
 Sim  Não
45. Até TRÊS dias depois do parto, teve sangramento intenso (que chegou a molhar a roupa, cama ou o chão)?  
 Sim  Não (pule para 47)
46. Recebeu transfusão de sangue devido a este sangramento?  Sim  Não  Não sabe informar
47. Teve febre alta após o parto que necessitou usar antibiótico?  
 Sim  Não  Não sabe informar
48. Seu útero foi retirado por causa de alguma das complicações mencionadas anteriormente?  
 Sim  Não
49. No pré-natal, você foi informada sobre qual hospital/ maternidade/ casa de parto deveria fazer o parto?  
 Sim  Não (pule para 51)  Não fez pré-natal (pule para 51)
50. Você fez o parto no serviço de saúde que foi indicado?  Não  Sim
51. Incluindo onde você fez o parto, quantos hospitais você procurou para fazer o parto?  
 hospitais  Não sabe informar
52. O serviço pelo qual você foi atendida durante o parto era um:  
 Hospital público do SUS do DF  Outro serviço  
 Hospital público do SUS de fora do DF  Foi em casa (pule para 67)  
 Hospital privado (Convênio/Plano de Saúde)  Foi em outro local (pule para 67)  
 Hospital particular
53. Cidade ou Região Administrativa onde fez o parto: \_\_\_\_\_ (combo)
54. Caso tenha feito o parto em uma maternidade do serviço público do DF, qual o nome da maternidade:  
 \_\_\_\_\_ \***combo com o nome das maternidades do DF**
55. Quanto tempo se passou desde que você SAIU DE CASA ATÉ CHEGAR AO HOSPITAL onde fez o parto?  
 \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos  Não sabe informar  
 (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas)
56. Quanto tempo demorou desde que você CHEGOU AO HOSPITAL ONDE FEZ O PARTO ATÉ SER INTERNADA para o parto? (não necessariamente na sala de parto)  
 \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos  Não sabe informar  
 (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas)
57. Qual foi o tipo de parto deste filho?  Normal  Fórceps  Cesárea
58. Nas horas ANTES do parto (durante a internação) você foi acompanhada por alguma pessoa próxima a você?: (LER AS ALTERNATIVAS)  
 Sim. Quem foi?  homem ou  mulher  
 Não, não sabia que podia ter acompanhante  
 Não, não quis acompanhante  
 Não, o serviço não permitiu  
 Outro
59. DURANTE o parto, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você?: (LER AS ALTERNATIVAS)  
 Sim, a pessoa que você escolheu  Não, não sabia que podia ter acompanhante  
 Sim, outra pessoa  Não, não quis acompanhante  
 Não, o serviço não permitiu  Outro

60. **DEPOIS do parto, durante a internação, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você: (LER AS ALTERNATIVAS)**  
 Sim, a pessoa que você escolheu       Não, não sabia que podia ter acompanhante       Sim, outra pessoa  
 Não, não quis acompanhante       Não, o serviço não permitiu       Outro
61. **A criança foi colocada no peito para mamar na primeira hora de vida, logo após o parto?**  Sim     Não
62. **Após o parto, você e o seu bebê ficaram juntos no quarto?**  Sim     Não
63. **Quantos dias você ficou internada no hospital após o parto?** \_\_\_\_\_ dias     Não sabe informar
64. **Em sua opinião, a qualidade do atendimento ao parto foi:**  
 Muito boa     Boa     Satisfatória     Ruim     Muito ruim
65. **Antes de sair da maternidade, seu bebê recebeu alguma vacina?**  Sim     Não     Não sabe informar
66. **Antes de sair da maternidade, você e seu bebê foram orientados para voltar a algum serviço de saúde:**  
 na primeira semana     depois da primeira semana     Não     Não sabe informar
67. **Na primeira semana depois do nascimento do bebê, você buscou algum serviço de saúde?**  
 Sim     Não (pule para 69)     O bebê permaneceu internado (pule para 69)
68. **Este serviço era:**  
 Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) do DF       Consultório de Convênio/Plano de Saúde  
 Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) de fora do DF       Consultório particular  
 Ambulatório de especialidade do DF       Farmácia  
 Ambulatório de especialidade de fora do DF       Outro  
 Hospital Público do SUS do DF       Não sabe informar  
 Hospital Público do SUS de fora do DF

#### DADOS DA CRIANÇA

69. **O(a) \_\_\_\_\_ (nome da criança avaliada) tem Certidão de Nascimento / Registro Civil do cartório?**  
 Não     Sim
70. **A criança tem Caderneta de Saúde (Cartão de Vacina)?**  
 Sim, está em mãos     Sim, mas não está em mãos (pule para 75)     Não (pule para 75)
71. **Copiar da caderneta APGAR ao nascer:** 1\* minuto: \_\_\_\_\_ 5\* minuto: \_\_\_\_\_  Não há registro
72. **Copiar da Caderneta a idade gestacional da criança ao nascer:** \_\_\_\_\_ semanas
73. **Além do peso ao nascer, há alguma marcação, na Caderneta de Saúde, de peso da criança NOS DOIS PRIMEIROS MESES de vida? (ver na Caderneta de Saúde)**  
 Sim     Não     Não, a criança tem menos de dois meses
74. **Além do peso ao nascer, há alguma marcação, na Caderneta de Saúde, de peso da criança NESTES DOIS ÚLTIMOS MESES? (ver na Caderneta de Saúde)**  
 Sim     Não     Não, a criança tem menos de dois meses
75. **Qual o PESO AO NASCER (priorizar Caderneta de Saúde):** \_\_\_\_\_ g  
 Copiado da Caderneta       Informado pela mãe  
 Copiado de outro documento       Mãe não soube informar
76. **Seu bebê fez o teste do pezinho?**  Sim     Não     Não sabe informar
77. **A criança foi internada no primeiro mês de vida, após ter ficado em casa alguns dias?**  
 Não (pule para 86)     Sim
78. **Caso a criança tenha ficado internada em um hospital do serviço público do DF, qual o nome do hospital:**  
 \_\_\_\_\_ **\*combo com o nome dos hospitais do DF**
79. **Foi internada porque estava com icterícia (cor muito amarela na pele e nos olhos)?**  
 Não     Sim     Não sabe

80. Quantos dias de idade a criança tinha quando foi internada?  
 7 dias ou menos     8 dias ou mais     Não sabe informar
81. Quanto tempo a criança ficou internada? (\_\_\_\_) meses (\_\_\_\_) dias     Não sabe informar
82. O hospital onde a criança foi internada era um serviço:  
 Público/do SUS do DF     Serviço Privado/Plano de Saúde ou convênio  
 Público/do SUS de fora do DF     Serviço Privado/Particular
83. Durante este internamento a criança precisou ser transferida?  
 Não (pule para 86)     Sim
84. A criança ficou internada:  
 Na UTI     Na enfermaria     Em quarto individual     Não sei     Outro
85. Este serviço era:  
 SUS     Privado (Convênio/Plano de Saúde)     Particular     Não sabe
86. Você e/ou seu filho têm plano de saúde pago?  
 Sim, só a mãe     Sim, só a criança     Sim, a mãe e a criança     Ambos não têm  
 Não quis informar
87. Seu filho está tomando suplemento de ferro ou sulfato ferroso?  
 Sim     Não     Não quis informar

### ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Estamos quase chegando ao fim da entrevista e agora eu preciso saber o que a criança comeu e bebeu **DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ**. A criança recebeu: (LEIA O NOME DA CADA ALIMENTO)

88. Leite de Peito?     Sim     Não  
 89. Água?     Sim     Não  
 90. Chá?     Sim     Não  
 91. Suco natural de frutas?     Sim     Não  
 92. Outro leite (apenas de origem animal)?     Sim     Não  
 93. Mingau com leite?     Sim     Não  
 94. Mingau sem leite?     Sim     Não  
 95. Legumes/verduras (não vale batata, mandioca, cará, inhame, nem temperos)?     Sim     Não  
 96. Frutas?     Sim     Não

### AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

#### 97. Este bloco é para mães de crianças com menos de 3 MESES

A criança tem menos de três meses?     Sim     Não (pule para 104)

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, responder o que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje. NOS ÚLTIMOS SETE DIAS...

98. Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas?:  
 Como sempre fez     Não tanto quanto antes     Sem dúvida, menos que antes     De jeito nenhum
99. Você tem pensado no futuro com alegria?:  
 Sim, como de costume     Um pouco menos que de costume     Muito menos que de costume     Praticamente não
100. Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade para dormir?:  
 Sim, na maioria das vezes     Sim, algumas vezes     Raramente     Não, nenhuma vez
101. Você tem se culpado sem razão quando as coisas dão errado?:  
 Sim, muito frequentemente     Sim, às vezes     Raramente     Não, de jeito nenhum

102. **Você tem ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão?:**

- Sim, muito frequentemente     Sim, às vezes     Raramente     Não, de jeito nenhum

103. **Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo?:**

- Sim, muito frequentemente     Sim, às vezes     Raramente     Não, de jeito nenhum

#### **AVALIAÇÃO DA VIOLÊNCIA NO PRÉ-NATAL E NO PARTO**

104. **Você já sofreu algum desrespeito ou maltrato ao procurar assistência em maternidades ou no atendimento do pré-natal:**

- Não, nunca     Só na maternidade     Só no serviço de pré-natal     Em ambos  
 Não quis informar

105. **Vou falar algumas coisas que podem acontecer no atendimento ao parto e gostaria que você dissesse se aconteceram ou não com você. Na hora do parto, algum profissional: *Podê escolhe mais de uma opção.***

- Fez o exame de toque de forma dolorosa     Negou ou deixou de oferecer algum tipo de alívio para a sua dor  
 Gritou com você     Não te informou sobre algum procedimento que estava fazendo     Se negou a te atender  
 Te xingou ou te humilhou     Te empurrou     Te amarrou     Bateu em você  
 Assediou você sexualmente     Cometeu alguma outra agressão física     Nenhuma das opções

106. **Na hora do parto, algum profissional no serviço de assistência disse pra você algo parecido com:**

- Não chora não! Que no ano que vem você estará aqui de novo.  
 Na hora de fazer você não chorou, nem chamou a mamãe. Por que está chorando agora?  
 Se gritar eu paro agora o que estou fazendo e não vou te atender mais.  
 Se ficar gritando vai fazer mal para o seu neném. Ele vai nascer surdo.  
 Cometeu alguma outra agressão verbal  
 Nenhuma das opções

B – Documento comprobatório de aprovação do projeto “*Diagnóstico das condições de saúde e da linha de cuidado à saúde da população materno infantil no Distrito Federal* pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde – UnB.

#### Parecer Consubstanciado de Projeto

<b>Título do Projeto: Diagnóstico das condições de saúde e da linha de Cuidado à saúde da população materno Infantil no Distrito Federal</b>		
<b>Pesquisador Responsável Muriel Bauerman Gubert</b>		
<b>Data da Versão 26/10/2010</b>	<b>Cadastro 13010</b>	<b>Data do Parecer 09/11/10</b>
<b>Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais</b>		
<b>Objetivos do Projeto</b>		
Investigar condições de saúde e nutrição da população de mães e crianças menores de cinco anos.		
Investigar a ocorrência de anemia em 20% da amostra de crianças.		
<b>Sumário do Projeto</b>		
O presente projeto está sob a Coordenação da Profa. Bauerman Gubert do Departamento de Nutrição da FS-UnB. Trata-se de um estudo transversal a ser executado durante a Campanha Nacional de Imunização no ano 2011. A Secretaria de Saúde concordou na execução do trabalho (Termo de Ciência Institucional em anexo). Participaram do estudo outros pesquisadores na área de Nutrição (CV Lattes anexos). A amostra de participantes do estudo estará composta por 1340 crianças em 67 postos das diferentes regiões administrativas. Não foi especificada a distribuição por sexo da amostra nem os critérios de inclusão e exclusão da amostra. Será aplicado um questionário a mãe que não foi apresentado no projeto, medidas antropométricas das crianças e suas mães serão realizadas. Em 20% da totalidade das crianças será realizada dosagem de hemoglobina utilizando um hemoglobinômetro, que usa uma gota de sangue. Os dados serão analisados estatisticamente. O cronograma prevê dois anos de estudo mas não especifica a data de início. O orçamento prevê necessário para a execução é de 48.700,00 RS e a coordenadora prevê pleitear financiamento em agência de fomento, mas ainda não foi solicitado. O TCLE está adequado redigido sob forma de convite mais não inclui riscos e benefícios do exame de anemia em aquelas crianças escolhidas para a avaliação de anemia.		

Aspectos relevantes para avaliação	Situação
Título	Adequado
Relação dos Pesquisadores	Adequada
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas
Introdução	Adequada
Objetivos	Comentário
Método	
Tipo de projeto	Pesquisa em Seres Humanos
Delineamento	Comentário
Tamanho de amostra	Total 1340 Na Instituição 0
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Menores de 18 anos
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Crêterios de inclusão e exclusão	Ausentes
Relação risco- benefício	Não apresentada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Armazenamento de material biológico	Não necessário
Instrumentos de coleta de dados	Não apresentados
Avaliação dos dados	Adequada - qualitativa

Página 1-2  
Versão 01/2004

Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Comentário
<u>Adequação às Normas e Diretrizes</u>	Sim
Cronograma	Adequado
Data de início prevista	não indicada
Data de término prevista	
Orçamento	Comentário
Solicita recursos à instituição	Não
Fonte de financiamento externa	Agência de fomento
Referências Bibliográficas	Adequadas

Recomendação

Reencaminhar aos autores

Comentários Gerais sobre o Projeto

Foram solicitados esclarecimentos em relação ao tamanho da amostra, critérios de inclusão e exclusão assim como viabilidade financeira. A pesquisadora esclareceu de maneira clara as pendências e explicou que existe um recurso do Edital FAPDF/2009 que está na fase de empenho para a realização da pesquisa. Porém, em relação ao tamanho da amostra, como explicado pela pesquisadora, houve um erro no projeto é a amostra estará composta por 1.340 pares de mães/filhos, portanto, será necessário modificar o número de 1340 participantes para o dobro na folha de rosto, sendo necessário a substituição desta por outra com a amostra total correta. Pelo acima exposta o parecer é pela aprovação do projeto

Página 2-2  
Versão 01/2004

## C - Submissão do artigo 2 à periódico indexado

Submissions Being Processed for Author Karina Junqueira de Souza, MS

8/10/14 7:19 PM

## Submissions Being Processed for Author Karina Junqueira de Souza, MS

Page: 1 of 1 (1 total submissions)

Display  results per page.

Action ▲	Manuscript Number ▲▼	Title ▲▼	Initial Date Submitted ▲▼	Status Date ▲▼	Current Status ▲▼
<a href="#">Action Links</a>	THELANCET-D-14-05552	Institutional violence in obstetrics and its association with postpartum depression	07/08/2014	08/08/2014	With Editor

Page: 1 of 1 (1 total submissions)

Display  results per page.[<< Author Main Menu](#)