

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LETÍCIA LIMA DOS SANTOS

**NASCER NAS CASAS DE PARTO DO BRASIL: PANORAMA DE SAÚDE MENTAL
PERINATAL**

SÃO CARLOS - SP

2025

**NASCER NAS CASAS DE PARTO DO BRASIL: PANORAMA DE SAÚDE MENTAL
PERINATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Cuidado e Trabalho em Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Tecnologias do Cuidado e Educação em Saúde

Orientadora: Prof^ª Dra Jamile Claro de Castro Bussadori

São Carlos - SP

2025

Santos, Letícia Lima dos

Nascer nas casas de parto do Brasil: panorama de saúde mental perinatal / Letícia Lima dos Santos -- 2025.
61f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos
Orientador (a): Jamile Claro de Castro Bussadori
Banca Examinadora: Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi, Bruna Dias Alonso
Bibliografia

1. Assistência perinatal. 2. Saúde mental. 3. Violência obstétrica. I. Santos, Letícia Lima dos. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



São Carlos, 02 de março de 2026.

Ref: Carta comprovante da versão final
de teses e dissertações

Eu Prof(a). Dr(a). Jamile Claro de Castro Bussadori, Orientador(a) do(a) pós-graduando(a) Leticia Lima dos Santos, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, venho por meio desta, AUTORIZAR os trâmites para a homologação da tese/dissertação do(a) supracitado(a) aluno(a), e ATESTAR que a tese/dissertação intitulada **NAScer NAS CASAS DE PARTO DO BRASIL: PANORAMA DE SAÚDE MENTAL PERINATAL**, é a **versão final** com as alterações sugeridas pela Banca Examinadora, estando o arquivo tecnicamente correto em sua forma e estrutura e com os devidos agradecimentos aos órgãos de fomento à pesquisa, no caso de recebimento de bolsa e/ou financiamento.

Solicito as devidas providências para o encaminhamento em questão, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
gov.br JAMILE CLARO DE CASTRO BUSSADORI
DATA: 02/03/2026 13:22:29 -0300
Verifique em <http://validar.br.gov.br>

Assinatura orientador(a)

AGRADECIMENTOS

A todas as mulheres que contribuíram e permitiram a realização deste estudo.

A minha família, especialmente aos meus pais Orlando e Edenuza, pelo amor, suporte, incentivo e apoio durante minha trajetória. Às minhas avós, Natalina e Alzeni - *in memoriam* - por cativarem em mim a admiração pelo conhecimento e a felicidade de chegar tão longe.

A minha orientadora Jamile por me guiar com acolhimento, carinho e cuidado nestes anos de desenvolvimento deste trabalho e, especialmente, por compartilhar tanto conhecimento e engajamento pela saúde das mulheres.

Ao meu marido Gideone por caminhar ao meu lado e me apoiar neste trabalho.

A UFSCar por me proporcionar tantos espaços potentes de aprendizagem e reflexão desde a graduação até a participação neste programa.

As políticas públicas de permanência estudantil por me darem suporte para chegar até este trabalho.

As pesquisadoras que sonharam e desenvolveram o Nascer nas Casas de Parto, Nascer no Brasil II e suas parcerias, por me acolherem neste projeto potente e desafiador.

A professora Tatiana pelo auxílio com as análises e interpretações estatísticas dos dados.

As professoras da banca de qualificação e defesa pela disposição de olhar, escutar atentamente e contribuir com tamanha riqueza para este trabalho.

Aos colegas da pós-graduação por compartilharem conhecimentos, discussões e angústias, tornando a caminhada mais leve.

As minhas amigas, especialmente Giovanna, Natália e Priscila, por me receberem em casa, me responderem nas madrugadas de dúvidas e por compartilharem esta trajetória comigo.

Aos amigos e colegas de trabalho que trocaram, dividiram e me substituíram para a minha participação nos espaços da pós-graduação.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho e da minha jornada neste período, agradeço!

RESUMO

Considerando o cenário atual do cuidado perinatal, muitas mulheres vivem violências obstétricas durante a gestação, parto e pós-parto. Associado a isto, a saúde mental materna tem apresentado altos índices de adoecimento de forma que a insatisfação com o cuidado recebido pode estar impactando nesta situação. **Objetivo:** Investigar o impacto da violência obstétrica no transtorno de estresse pós-traumático de mulheres que pariram em Centros de Parto Normal peri-hospitalares ou nos hospitais de referência. **Metodologia:** o presente estudo foi ancorado ao “Inquérito Nascer nas Casas de Parto”, que buscou avaliar a assistência prestada em Centros de Parto Normal peri-hospitalares (CPNp) e compará-la com a assistência prestada em hospitais. Conduzido com puérperas atendidas em oito CPNp no Brasil, com mais 100 partos/ano em 2019, além dos hospitais de referência dos CPNp com o objetivo de monitorar as transferências intra e pós-parto, além das neonatais. A coleta de dados aconteceu entre agosto de 2022 e junho de 2025, ao alcançar a amostra previamente calculada de 1.560 participantes, incorporando dados provenientes de profissionais de saúde, gestores, bem como das cadernetas de acompanhamento pré-natal e prontuários. Para o presente estudo foram utilizados os dados das etapas três e quatro, com entrevistas remotas utilizando como recorte os formulários sobre Transtorno de Estresse Pós-Traumático e sobre Maus Tratos na Casa de Parto/Hospital, sendo os dados registrados na plataforma RedCap. A análise de dados utilizou o software STATA, versão 17, e através da análise foi descrito o perfil sociodemográfico, média e escore das escalas, além de calcular prevalência e significância estatística considerando $p \leq 0,05$. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e seguiu as resoluções sobre pesquisas com seres humanos. **Resultados:** Do total das mulheres, 50,4% sofreram algum tipo de Violência Obstétrica, sendo a negligência e os toques vaginais inadequados os mais referidos. O local onde a mulher teve o parto e o desfecho da cesárea foram os fatores que mais influenciaram as mulheres a sofrerem violência. Em relação ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático, considerando o escore validado no Brasil de >28 mulheres pretas, sem companheiro(a), com histórico de problemas psicológicos e que passaram por uma cesariana apresentaram alterações com significância estatística. **Conclusão:** Mulheres que precisaram ser transferidas relataram mais violências obstétricas, além de terem apresentado maior incidência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Em contraste, mulheres que pariram em CPNp tiveram experiências mais positivas, com maior autonomia e empoderamento feminino, além de promoverem taxas maiores de partos vaginais e menores taxas de intervenções desnecessárias. Apesar disso, o estudo demonstrou a prevalência, mesmo em taxas menores, da Violência Obstétrica neste local. Portanto, é fundamental estimular esses locais de atendimento ao parto para reduzir as taxas de cesarianas e promover experiências positivas para as mulheres e famílias, mas manter o monitoramento e práticas educativas para o enfrentamento da Violência Obstétrica em todos os cenários de assistência.

Palavras-chaves: Assistência Perinatal; Saúde Mental; Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos; Violência Obstétrica.

ABSTRACT

Considering the current scenario of perinatal care, experience obstetric violence during pregnancy, childbirth and the postpartum period. Associated with this, maternal mental health has shown high rates of illness and dissatisfaction with the care received may be impacting this situation. **Objective:** Investigate the impact of obstetric violence on post-traumatic stress disorder in women who gave birth in birthing centers or reference hospitals. **Methodology:** This study was based on the study "Nascer nas Casas de Parto" the aim was to evaluate the care provided in Birth Centers (BC) and compare it with the care provided in hospitals. The population was postpartum women attended in eight BC in Brazil, with more than 100 births in 2019, as well as the referral hospitals of the BC, in addition to monitored intra and postpartum transfers, also to neonatal transfers. Data collection took place between August 2022 and June 2025, reaching the previously calculated sample of 1,560 participants, incorporating data from healthcare professionals, managers, as well as prenatal care records and medical charts. For this study, data from stages three and four were used, with remote interviews using forms on The City Birth Trauma Scale and on mistreatment and abuse in the BC/Hospital, with the data recorded on the RedCap platform. Data analysis was performed using STATA software, version 17, and through the analysis, the sociodemographic profile, mean and scale scores were described, in addition to calculating prevalence and statistical significance considering $p < 0.05$. The study was approved by the ethics committee and followed the resolutions on research with human beings. **Results:** 50.4%, of women, suffered some type of obstetric violence, negligence and inadequate vaginal examinations being the most frequently reported. The location where the woman gave birth and needed C-section were the factors that most influenced women to suffer obstetric violence. The City Birth Trauma Scale, with a validated score in Brazil > 28 , showed black women, without a partner, with a history of psychological problems and who underwent a C-section, had statistically significant mental health alterations. **Conclusion:** Women who needed to be transferred reported more obstetric violence, in addition to having a higher incidence of alterations in The City Birth Trauma Scale. In contrast, women who have birth in a BC had more positive experiences, with greater autonomy and female empowerment, as well as higher rates of vaginal births and lower rates of unnecessary interventions. Despite this, the study demonstrated the prevalence, even at lower rates, of obstetric violence in BC. Therefore, it is essential to encourage these birthing facilities to reduce C-section rates and promote positive experiences for women and families, while maintaining monitoring and educational practices to address obstetric violence in all care settings.

Keywords: Perinatal Care; Mental Health; Stress Disorders, Post-Traumatic; Obstetric Violence.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. JUSTIFICATIVA	15
3. OBJETIVO	16
3.1 GERAL	16
3.2 ESPECÍFICOS	16
4. MÉTODO.....	17
4.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO	19
4.1.1 CRITÉRIO DE INCLUSÃO	20
4.1.2 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	20
4.1.3 FLUXOGRAMA DA AMOSTRA ATINGIDA.....	21
4.2 COLETA DE DADOS	22
4.2.1 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS	22
4.2.1.1 CITY ESCALA DE TRAUMA AO NASCIMENTO	23
4.2.1.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	24
4.2.2 COLETA DE DADOS TELEFÔNICOS E/OU REMOTOS.....	25
4.3 ANÁLISE DE DADOS	26
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	27
5. RESULTADOS.....	28
5.1 SAÚDE MENTAL E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.....	30
5.2 PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	32
5.3 GUIA DE RASTREAMENTO DE SAÚDE MENTAL.....	36
6. DISCUSSÃO.....	37
7. CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXO I	51
ANEXO II	53
ANEXO III	58
ANEXO IV.....	59

TRAJETÓRIA

Durante o ensino médio, realizei uma iniciação científica júnior, pelo CNPq, sob orientação do professor Leonardo e me apaixonei pela pesquisa. Uma colega mais velha da escola ingressou no curso de obstetrícia e eu que já pensava na ideia de seguir os caminhos da área da saúde me encantei com o relato dela. Dali em diante busquei quais caminhos seguir, dentre as diversas possibilidades, uma foi ingressar na enfermagem e trabalhar com a saúde da mulher.

Iniciei o curso de enfermagem na UFSCar em 2017, neste mesmo ano, logo busquei me aproximar da área, conheci a professora Natália e elaboramos um projeto de iniciação científica sobre inserção das profissionais enfermeiras obstetras e obstetrizes no estado de São Paulo, com bolsa pelo CNPq. Durante este projeto, me aproximei de muitos conhecimentos que eu ansiosamente aguardava para acompanhar durante a disciplina de saúde da mulher que ocorreria no quarto ano da graduação.

Na finalização deste projeto em 2019, sob orientação da professora Natália, submetemos para a apresentação na *Normal Labour and Birth: 14th Research Conference*, que ocorreu no norte da Inglaterra. Sem subsídio financeiro para apresentação pela agência de fomento, realizei uma campanha nas redes sociais para arrecadar fundos, além da ajuda de muitos amigos, e conseguir arcar com a viagem. Após conseguir comprar as passagens, pagar a inscrição da conferência e demais gastos, consegui chegar na Inglaterra para a apresentação oral e em língua estrangeira do trabalho que havia realizado. Neste momento, sozinha em outro continente, foi onde conheci a Jamile, que me acolheu e segurou na minha mão após o pico de adrenalina da apresentação.

Após este evento marcante da apresentação no exterior, eu deveria iniciar meu trabalho de conclusão de curso e com a Jamile fora para o pós doutorado, pedi a professora Vivian, por quem eu cativava grande admiração, a possibilidade de ser sua orientanda. Unindo a área de especialidade dela, que ela me ensinou com tanta maestria, e a minha busca por trabalhar com mulheres, ingressei numa segunda iniciação científica, financiado pelo CNPq, e também trabalho de conclusão de curso abordando sobre o retorno ao trabalho após a licença maternidade para as mulheres.

Em meio a pesquisa, iniciou-se o quarto ano e a tão aguardada disciplina de saúde da mulher finalmente chegou, mas junto com ela se iniciou a pandemia de COVID-19 que transformou a vida que levamos até então. Em meio a frustração pela quebra de expectativa, conseguimos realizar os estágios na maternidade e lá me encantei com as mulheres e famílias que acompanhei.

Mantendo ainda as ideias do início da graduação, consegui realizar o estágio supervisionado na maternidade da cidade de São Carlos em meio a pandemia. Após formada, foi neste espaço onde iniciei efetivamente minha atuação como enfermeira. Onde pude estar ao lado e segurar nas mãos de mulheres, viver tantos momentos marcantes para elas e suas famílias. Mas nem todos os dias eram fáceis, lidar com o adoecimento e o risco à vida de mulheres e crianças, lidar com a frustração das expectativas criadas.

Em 2022, iniciei, concomitantemente à assistência, a docência no curso técnico de enfermagem da mesma instituição, sendo a docente das disciplinas relacionadas à assistência materno infantil. Em meio aos trabalhos e com as frustrações dos cuidados que as mulheres recebiam, recebi o acolhimento da Jamile que contou sobre o processo seletivo do mestrado e me incentivou a participar do processo seletivo. Neste mesmo momento iniciei a participação como entrevistadora voluntária do projeto Nascer nas Casas de Parto, sempre acompanhada da minha parceira Priscila. Após, felizmente, fui aprovada no processo seletivo para ser orientada por ela e decidimos trabalhar com a saúde mental das mulheres que passaram pelas casas de parto.

Ao decorrer do mestrado, me mudei de cidade e de emprego, buscando outras perspectivas da assistência e me confortando em poder sempre retomar o trabalho com mulheres. Nesta trajetória pude confortavelmente cursar disciplinas com docentes que já conhecia desde a graduação e que com muito carinho sempre nutrimos relações de amizade, mas também me aventurar em novos espaços, cidades e universidades, conhecendo pessoas e perspectivas diferentes sobre os temas que atravessam a pesquisa com mulheres e com a saúde mental. Beneficiando-me sempre da tecnologia que me aproximava da orientação acolhedora da minha mestra e guia, Jamile.

1. INTRODUÇÃO

Publicações recentes têm evidenciado que, independentemente da classe social, cor, escolaridade, milhares de mulheres e pessoas com útero vivenciam a violação de seus direitos, sendo vítimas de maus-tratos, desrespeito, abusos e negligência, como a omissão de atendimento, durante a gestação, parto e puerpério (Bohren *et al.*, 2018; Campos *et al.*, 2020). Na América Latina, o termo “violência obstétrica” tem sido utilizado para designar esse conjunto de atos, embora a literatura ainda apresente divergências quanto à terminologia e à definição do problema (Leite *et al.*, 2022), por uma questão ideológica, optou-se por adotá-lo ao longo deste trabalho.

O termo violência obstétrica ganhou força com movimentos feministas e a luta pela humanização do parto e nascimento. No entanto, tem sido alvo de pressões para ser descontinuado principalmente por Conselhos e Sociedades médicas, que alegam que ele criminaliza a prática médica (Katz *et al.*, 2020; Pelissari *et al.*, 2022). As polêmicas em torno do termo também envolvem grandes organizações, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), que o define como desrespeitos, abusos e maus-tratos durante o parto (OMS, 2014), descrição esta reafirmada pelo Ministério da Saúde Brasileiro em 2019, durante um governo de direita, que se posicionou contra pautas de movimentos feministas.

A expressão violência obstétrica se fortaleceu ainda mais nas Américas, acompanhada do crescente movimento de combate a essa prática, a partir de leis na Venezuela, Argentina e México, entre 2007 e 2014, as quais criminalizam e tipificam atos de violência obstétrica nestes países (Venezuela, 2007; Argentina, 2009; México, 2014). No Brasil, embora não haja uma legislação federal específica, alguns estados têm adotado leis próprias para caracterizar e sancionar os atos de violência obstétrica.

No campo da ciência, a temática da violência obstétrica tem sido alvo de estudo por diversos pesquisadores, sendo fundamental a caracterização e o aprofundamento de suas consequências nas mais diversas áreas, incluindo a saúde mental. A compreensão da violência obstétrica a partir dos relatos das parturientes se torna um importante parâmetro para avaliar a qualidade dos atendimentos prestados à mulher/pessoas com útero e ao recém-nascido, além de fornecer insights sobre os impactos dessa experiência na saúde materna e infantil, com ênfase nas repercussões psicológicas que podem perdurar no pós-parto (Campos *et al.*, 2020;

Oliveira et al., 2019; Teixeira et al., 2020; Tesser et al., 2015)

No Brasil, três grandes estudos investigaram a prevalência de violência obstétrica no parto. O primeiro, uma pesquisa de opinião pública, realizada em 2010, entrevistou mulheres em âmbito nacional e abordou o tema de maus tratos no atendimento obstétrico. Nesta pesquisa 1 a cada 4 mulheres sofreu algum tipo de violência na assistência ao parto, independente do local, sendo mulheres brancas e de maior escolaridade as que mais referiram a violência (Fundação Perseu Abramo e SESC, 2010).

O segundo estudo, de base hospitalar, é o conhecido inquérito “Nascer no Brasil”, representativo de 80% dos partos realizados no país, realizado com aproximadamente 24 mil mulheres. O estudo estimou que 5,9% das participantes vivenciaram violência física, verbal ou psicológica durante o parto. Além disso, 11,1% relataram se sentir desrespeitadas ao longo de todo o processo de nascimento (Diniz et al., 2014).

Em outra publicação envolvendo os dados da mesma pesquisa, 24,5% e 56,7% das mulheres referiram a ausência completa ou parcial do acompanhante, respectivamente (Diniz et al., 2014). Entre gestantes com risco obstétrico habitual, 56,1% relataram episiotomia e 37,3% relataram terem sofrido manobra de Kristeller (Diniz et al., 2014). Ainda com dados da mesma pesquisa, 44,4% das mulheres relataram pelo menos um dos seguintes indicadores: violência física ou psicológica, tratamento desrespeitoso, falta de informação, privacidade e comunicação com a equipe de saúde, impossibilidade de fazer perguntas e perda de autonomia (Leite et al., 2020).

O terceiro estudo que oferece estimativas de prevalência de violência obstétrica na atenção ao parto foi realizado em Pelotas. Trata-se de um estudo de base populacional realizado com os dados da linha de base da coorte de Pelotas – 2015. Essa pesquisa envolveu 4.275 puérperas e mostrou que 10% delas sofreram abuso verbal, 5% abuso físico, 6% foram submetidas a procedimentos inapropriados ou não desejáveis e 6% tiveram algum tipo de cuidado negado. No total, 18,3% das mulheres relataram algum tipo de violência durante o parto (Mesenburg et al., 2018).

Atualmente estudos vêm demonstrando uma possível associação entre problemas de saúde mental materna com a experiência vivenciada pelas mulheres no parto, de forma que as mulheres que são vítimas de maus-tratos, desrespeito, abusos e negligências na gravidez,

parto e pós-parto, possam estar mais predispostas a transtornos de ansiedade, depressão pós-parto e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). (Leite *et al.*, 2022; Bohren, *et al.*, 2018; Ayers, Wright, Thornton, 2018). No Brasil, 1 em cada 4 mulheres relatou depressão pós-parto, prevalência acima do encontrado em outros países da Europa, Austrália e Estados Unidos (Theme Filha *et al.*, 2016).

Há que se ressaltar que paralelamente, em todo o mundo, os problemas de saúde mental materna têm sido considerados um grande desafio para a saúde pública, entretanto, o tema ainda é amplamente ignorado na atenção perinatal. No Brasil, o Caderno de Atenção Básica 32, lançado em 2013 (Brasil, 2013) foi o documento descrito com mais conteúdo e que instrumentaliza o cuidado às demandas mentais na gestação e puerpério, abordando avaliações, oferecendo ferramentas e cuidados neste período, bem como definindo atores de cuidado e suas ações. Apesar disso, ocorre um equívoco em alguns documentos ao considerar o cuidado humanizado uma estratégia curativa às demandas de saúde mental, apesar da humanização ser uma estratégia de promoção de saúde mental ela não pode ser utilizada como suficiente para a abordagem de cuidado psicológico e mental (Vescovi *et al.*, 2022; Gil, Sousa, 2024).

Nos últimos anos, o governo federal tem implementado políticas públicas focadas na saúde materna, incluindo a oferta de atendimento psicológico para gestantes e puérperas pelo SUS (Brasil, 2023). Além disso, em um contexto global, diversas iniciativas têm sido propostas para qualificar o cuidado no ciclo gravídico-puerperal, visando prevenir e eliminar experiências negativas durante a gestação, o parto e o pós-parto (WHO, 2016, 2018, 2025). Entre essas iniciativas, destaca-se o fortalecimento do modelo de cuidado ao parto em Centros de Parto Normal (CPN), que, ao oferecerem menos intervenções e priorizarem a segurança e o cuidado humanizado, têm se consolidado como uma alternativa eficaz para promover experiências de parto mais positivas e satisfatórias para mulheres e suas famílias (Sandall *et al.*, 2016; Brasil, 1999; Brasil, 2024).

Os CPN são instituições que prestam assistência ao parto de gestações de baixo risco, exclusivamente lideradas por enfermeiras obstetras e obstetrias. Esses centros buscam criar um ambiente acolhedor e confortável, promovendo o vínculo e a autonomia da mulher, ao mesmo tempo em que garantem uma assistência respeitosa, fundamentada nas melhores evidências científicas para o binômio mãe-bebê.

No Brasil foram regulamentados em 1999, com a portaria do Ministério da Saúde nº 985, e redefinidos pela Portaria nº 11 de 2015, quando as diretrizes para a implantação dos CPN no SUS foram revisadas para integrar o componente “parto e nascimento” da Rede Cegonha, classificando-os em unidades intra-hospitalares (CPNi) tipo I e II, e peri-hospitalares (CPNp). No Brasil e no mundo são conhecidas por diferentes nomes, como Birth Center, Birth Centre, Centro de Parto Normal (CPN), Freestanding Midwifery Unit (UMF), Midwifery Units (UM) e Casa de Parto. Este último é utilizado principalmente para se referir às unidades peri-hospitalares, que devem estar situadas nas proximidades de hospitais de referência, a uma distância máxima de vinte minutos, para garantir a segurança durante as transferências de gestantes, puérperas e recém-nascidos que necessitem de cuidados mais complexos (Brasil, 1999, 2015; Bazirete et al., 2023, Aguiar et al., 2025).

Essas políticas foram formuladas em resposta ao cenário de altas taxas de cesáreas e da Razão de Mortalidade Materna (RMM), que no ano de 2023 representou 59,5% de cesáreas e 52,2 mortes maternas em 100.000 nascidos vivos (DATASUS, 2023), este último sendo quase o dobro da meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 30/100.000. No ano de 2024, dando continuidade às políticas de melhoria da assistência obstétrica, o governo federal lançou a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil – Rede Alyne, uma política voltada para o enfrentamento das fragilidades no cuidado obstétrico, com o objetivo de aprimorar a atenção em todos os níveis. Dentro dessa iniciativa, destaca-se o aumento dos incentivos para os CPN, além de outras ações que buscam reduzir as desigualdades regionais e combater as violências institucionais (Brasil, 2024).

Embora os CPNp ainda sejam frequentemente vistos como opções alternativas, ignorando as evidências que comprovam sua segurança, melhores resultados maternos e perinatais, além de sua contribuição para a redução das taxas de cesárea, aumento da satisfação das mulheres com a assistência e maior viabilidade financeira em comparação aos centros obstétricos (CO) (Birthplace in England Collaborative Group et al., 2011; Scarf et al., 2018), grande parte dos serviços de saúde ainda adota esse modelo, no qual o atendimento é predominantemente conduzido por médicos obstetras em CO (Aguiar et al., 2025).

Segundo revisão realizada por Aguiar et al. (2025), foram mencionados dez CPNp no Brasil, dos quais sete deles estão em funcionamento, sendo cinco localizados no Sudeste, nas capitais de seus respectivos estados. Todos esses centros prestam atendimentos via SUS e

recebem pacientes de forma espontânea ou por encaminhamentos da atenção primária.

O estudo Nascir no Brasil mostrou que apenas 5% das mulheres tiveram partos vaginais espontâneos nos anos de 2011-2012, isto é, sem nenhum tipo de intervenção durante o trabalho de parto e parto (Leal *et al.*, 2014). A implementação de CPNp mostra, a partir dos primeiros estudos sobre, que a assistência neste ambiente promove menores taxas de intervenções e índices mais altos de satisfação materna quanto comparados ao ambiente dos CO (Riesco *et al.*, 2009). A insatisfação materna acontece e está relacionada com situações de procedimentos desnecessários e não consentidos, casos como as violências obstétricas (Assis e Meurer, 2020).

Uma revisão publicada na Biblioteca Cochrane comparou os CPNp com instituições tradicionais, hospitais e CO, e identificou que as mulheres que dão à luz em CPNp têm maior probabilidade de terem parto vaginal espontâneo, amamentarem por tempo prolongado, se sentirem satisfeitas com o parto, menor probabilidade de ser submetida à episiotomia, fazer uso de analgesia e receber ocitocina intraparto (Hodnett; Downe; Walsh, 2012).

2. JUSTIFICATIVA

Diante do exposto e em alinhamento com as evidências, de que os CPNp são opções seguras, promovem melhores resultados maternos e perinatais, auxiliam na redução das taxas de cesariana e melhoraram a satisfação da mulher com relação à assistência, e que existe relação da experiência das mulheres no parto com a saúde mental perinatal, o presente estudo tem como o objetivo analisar a associação e as consequências da violência obstétrica na saúde mental das mulheres.

Ademais, entendemos que a mitigação da violência obstétrica no ciclo reprodutivo só irá ocorrer quando pesquisas científicas fornecerem elementos para a compreensão dos possíveis danos à saúde das mulheres e de seus recém-nascidos. Ao fim, espera-se também que os produtos produzidos ofereçam subsídios para a tomada de decisões visando à implantação de ações mais condizentes com o panorama da experiência positiva no parto, desafio atual na agenda de Saúde Pública brasileira.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o impacto da violência obstétrica no transtorno de estresse pós-traumático de mulheres que pariram em Centros de Parto Normal peri-hospitalares ou nos hospitais de referência.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- (1) Estimar a prevalência de violência obstétrica entre as mulheres que tiveram bebês em Centros de Parto Normal e transferidas aos hospitais de referência;
- (2) Avaliar os impactos da violência obstétrica no cuidado de mulheres que tiveram bebês em Centros de Parto Normal e transferidas aos hospitais de referência;
- (3) Avaliar a associação entre violência obstétrica na atenção ao parto e Transtorno do estresse pós-traumático no pós-parto;
- (4) Elaborar materiais educativos voltados ao rastreamento e promoção da saúde mental perinatal.

4. MÉTODO

O presente estudo esteve vinculado ao Inquérito Nacer nas Casas de Parto (NCP), financiado pela *City, University of London*, e associado à pesquisa Nacer no Brasil II. O objetivo do NCP é avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e nascimento nos CPNp no Brasil, comparando-a com a assistência prestada nos hospitais aos nascimentos registrados na amostra do estudo, que inclui partos de risco habitual (Leister *et al.*, 2025).

O Inquérito NCP foi conduzido com puérperas atendidas em oito CPNp no Brasil, os quais, conforme dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), assistiram a mais de 100 partos durante o ano de 2019. Os dados de cada CPNp estão apresentados no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Estabelecimentos participantes do Nacer nas Casas de Parto do Brasil e Número de partos em 2019.

Estabelecimento	Cidade/UF	Nº Partos
CPNp1	São Paulo/SP	407
CPNp2	Rio de Janeiro/RJ	153
CPNp3	Brasília/DF	408
CPNp4	São Paulo/SP	118
CPNp5	Paudalho/PE	211
CPNp6	Castanhal/PA	130
CPNp7	Belo Horizonte/MG	886
CPNp8	Salvador/BA	639

Fonte: SINASC, 2019

Além disso, a pesquisa também abrangeu os hospitais de referência associados a esses centros, com o objetivo de monitorar as transferências durante e após o parto, bem como as intervenções neonatais. A escolha de locais com mais de 100 partos no ano se deu devido à logística de coleta de dados em locais mais remotos e portanto com menos partos no ano, além de igualar as amostras incluídas no estudo Nacer no Brasil II (Leister *et al.*, 2025; Leal *et al.*, 2024).

A amostra foi calculada com base em dados obtidos no estudo Nacer no Brasil I, com base em estimativas de prevalências de parto normal em gestantes que receberam assistência em CPNp, sendo 82% e 77% respectivamente, dados estes que foram usados para o cálculo no estudo Nacer no Brasil II. Considerando uma variação de 5% destes valores e considerando

25% de transferências, obtendo portanto o valor de 1.560 mulheres. Dados mais detalhados sobre o cálculo amostral foram publicados no protocolo de pesquisa por Leister *et al.* em 2025.

A coleta de dados teve início em agosto de 2022 e foi concluída em junho de 2025 ao alcançar a amostra previamente calculada de 1.560 participantes, as etapas serão detalhadas posteriormente. O número amostral foi o objetivo para entrevistas realizadas presencialmente nos CPNp e hospitais de referência, entrevistas telefônicas ou digitais de 60 e 120 dias, nas avaliações de cadernetas de pré-natal e prontuários destas pessoas. Além da amostra de participantes, ocorreu a incorporação de dados provenientes de profissionais de saúde e gestores sobre os locais de atendimento (Leister *et al.*, 2025).

O Inquérito NPC foi conduzido em quatro etapas onde estas ocorreram de forma paralela entre si, sendo realizadas por profissionais da área da saúde e estudantes da mesma área. Todas as entrevistadoras foram capacitadas previamente ao seu início de atuação e reuniões periódicas eram realizadas para avaliação da coleta dos dados. O Inquérito foi conduzido em etapas detalhadas a seguir:

• **Etapa 1:**

- Entrevista presencial e/ou virtual realizada com profissionais colaboradores (gestor, coordenador, líder, etc) do CPNp, para caracterização e funcionamento do CPNp.

• **Etapa 2:**

- Entrevista presencial com mulheres que tiveram seus filhos no CPNp ou no hospital de referência após transferência intra ou pós-parto, sendo realizada antes da alta da mulher e após seis horas do parto;
- Extração de dados dos prontuários das mulheres e dos recém-nascidos;
- Registro de dados do cartão de pré-natal e exames de imagem das mulheres, este ocorreu por meio da captura fotográfica para posterior extração dos dados.

• **Etapa 3:**

- Entrevista telefônica com as mulheres ou autopreenchimento do questionário entre 45 a 60 dias após o parto, o contato telefônico será detalhado no tópico de coleta de dados. Nesta entrevista foram coletados dados sobre morbimortalidade materna,

utilização de serviços de saúde, saúde mental perinatal com escalas validadas sendo utilizadas para avaliação de transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão pós-parto, além de vínculo com o bebê.

• **Etapa 4:**

- Entrevista telefônica com as mulheres ou autopreenchimento do questionário de 100 a 120 dias após o parto, o contato telefônico será detalhado no tópico de coleta de dados. Nesta entrevista foram coletados dados sobre aleitamento humano, percepções de violência obstétrica e taxas de reinternação das mulheres e dos bebês.

Todas as etapas da pesquisa foram realizadas utilizando a plataforma eletrônica REDCap (<https://redcapbrasil.com.br/>), que permitiu o armazenamento seguro das respostas. Cada pesquisador teve acesso à plataforma por meio de um cadastro individual e utilizou dispositivos móveis (tablets ou celulares) com conexão à internet e ao aplicativo REDCap instalado para registrar as informações coletadas.

Para o recorte deste estudo que objetiva investigar o impacto da violência obstétrica no transtorno de estresse pós-traumático de mulheres que pariram em CPNp ou nos hospitais de referência, adotou-se uma abordagem quantitativa, exploratória e descritiva, com foco na experiência vivenciada pelas mulheres nos CPNp. A pesquisa se concentra nas etapas 3 e 4, visando uma análise aprofundada desses processos.

Além disso, os resultados obtidos foram utilizados para desenvolver materiais educativos voltados à assistência do ciclo gravídico puerperal para que promovam práticas eficazes para a promoção de experiências positivas e protetoras da saúde mental, estes materiais são abordados no decorrer da dissertação.

4.1 Participantes do estudo

A população do presente estudo se constituiu por participantes da Etapa 2 (entrevista presencial) do NCP. A equipe de pesquisa local avaliava os prontuários de todas as mulheres que foram admitidas no CPNp, criando uma lista única. Antes da alta, no CPNp ou hospital de referência, era realizado o convite para participação na pesquisa. Havendo o aceite, um questionário eletrônico era aplicado e se houvesse recusa ou perda, outra mulher com mesmo desfecho era incluída e convidada. Desta forma a amostra permaneceu o mais próxima da

quantidade de desfechos possíveis no CPNp, na quantidade de partos no local, bem como na quantidade de transferências e desfechos adversos (Leister *et al.*, 2025).

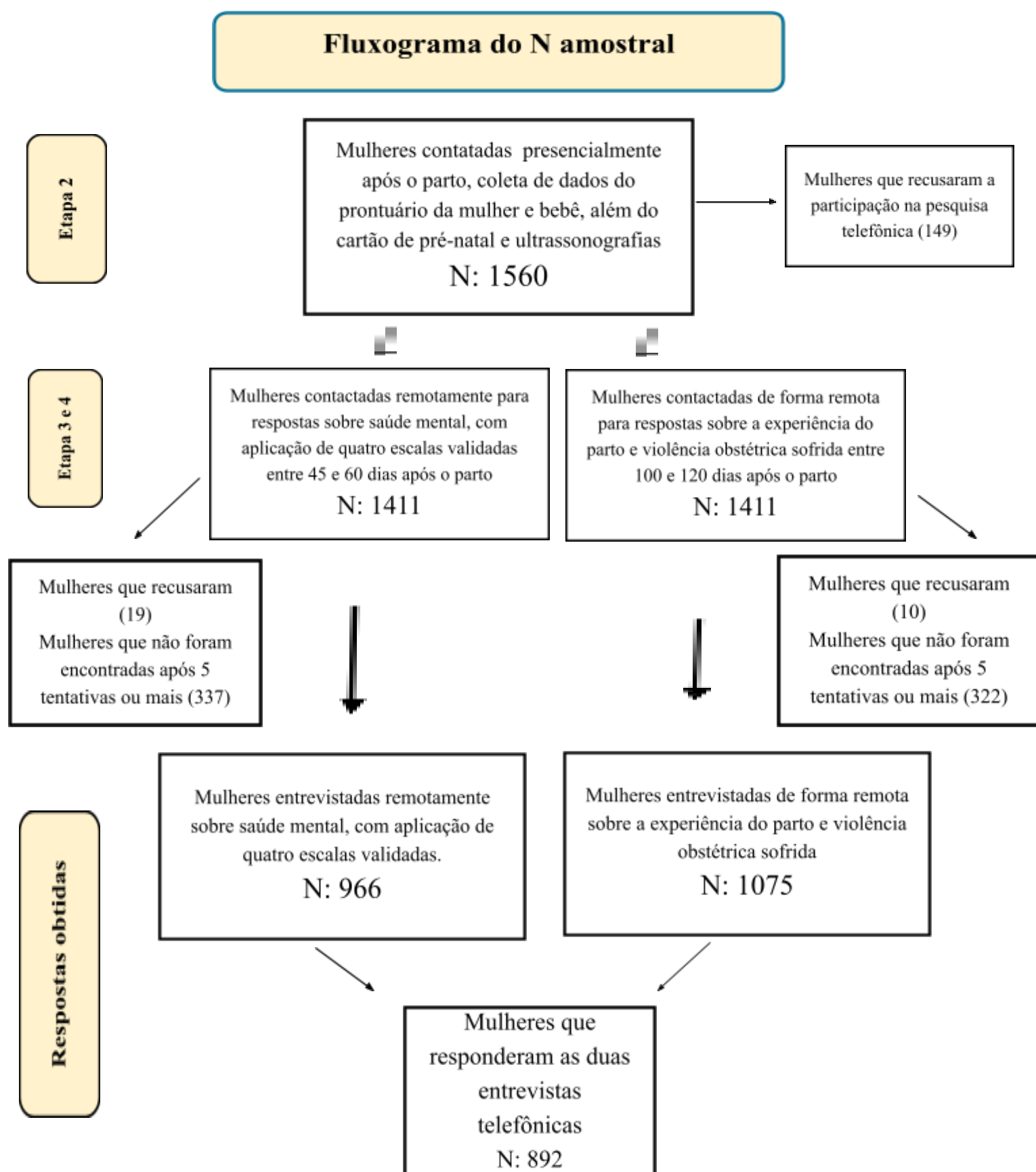
4. 1. 1 Critério de Inclusão:

Todas as mulheres participantes da Etapa 2 (entrevista presencial) do NCP e que tenham autorizado novo contato nas etapas seguintes do projeto foram incluídas. Na etapa 4 o contato ocorreu independente de ter respondido a etapa 3.

4. 1. 2 Critério de Exclusão:

Mulheres que foram contactadas por mais de cinco tentativas por diferentes vias (telefônica, e-mail ou rede social) sem sucesso e/ou que recusaram a participação foram excluídas da amostra.

4. 1. 3 Fluxograma da amostra atingida



4. 2 Coleta de Dados

4. 2. 1 Instrumentos utilizados para coleta de dados

Ao longo do estudo principal foram utilizados seis instrumentos adotados pelo Nascerc no Brasil II e adaptados para a realidade do NCP, com alterações textuais que abrangem a realidade dos CPNp (Leister *et al.*, 2025). As etapas dois, três e quatro, as quais utilizam-se dados neste estudo, abordam diferentes tópicos, detalhados a seguir.

A etapa 2 contou com três dos seis instrumentos utilizados. Sendo o primeiro deles utilizado nas entrevistas presenciais que captou dados de caracterização da mulher e sua assistência recebida durante o pré-natal, parto e cuidados após o parto. O segundo deles captou dados para instrumentos do cartão de pré-natal e documentos de imagem, o qual abordou antecedentes obstétricos, condutas recomendadas nas consultas e registros neste cartão, inclusive de informações dos exames de imagem disponíveis com as mulheres. O terceiro, registrou informações sobre o prontuário das mulheres e seus bebês, com informações sobre anotações de cuidados prestados, bem como intervenções realizadas desde o início do atendimento até a sua finalização (Leister *et al.*, 2025).

Enquanto isto, a etapa 3 contou com o instrumento de entrevista das mulheres após dois meses pós-parto. Nesta etapa foram abordados temas de situações do pós-parto, por meio de perguntas fechadas, como amamentação, retorno aos serviços de saúde, morbimortalidade, bem como saúde mental materna e vínculo com bebe por meio de quatro instrumentos validados com perguntas fechadas e escore de pontos para cada tema avaliado (Leister *et al.*, 2025).

Na etapa 4 o instrumento utilizado foi o de entrevista de quatro meses com as mulheres, incluindo dados de pós parto e violência obstétrica durante a internação. Foram abordados temas, por meio de perguntas fechadas, de amamentação, morbimortalidade, uso do serviço de saúde, além de satisfação com o atendimento recebido, bem como violência obstétrica, maus tratos e abusos sofridos durante a internação (Leister *et al.*, 2025).

Considerando o enfoque deste estudo, apesar das etapas abrangerem outros instrumentos, serão detalhados a City Escala de Trauma ao Nascimento (etapa 3) e o Instrumento sobre Violências (Etapa 4), descritos a seguir:

4. 2. 1. 1 City Escala de Trauma ao Nascimento

Para investigar os impactos à saúde mental, foi utilizada a aplicação da escala *City Birth Trauma Scale* (BiTS-Br) (Anexo I), de origem inglesa já adaptada e validada para a realidade brasileira por Donadon *et al.* (2020). O questionário foi desenvolvido por duas pesquisadoras e um pesquisador, ingleses e norte-americanos, sendo aplicado para mulheres no ano de 2015 cujo parto ocorreu há no máximo 12 meses (Ayers; Wright; Thornton, 2018).

Dentre as motivações para o desenvolvimento da escala está o desconhecimento do TEPT em serviços de obstetrícia, apesar do impacto para a saúde mental perinatal que este representa, diferenciando da abrangência de outras complicações como a depressão pós-parto que apresenta-se mais difundida nestes serviços (Ayers; Wright; Thornton, 2018).

Desta forma, trata-se de um questionário com 35 itens desenvolvido para medir o TEPT relacionado ao nascimento de acordo com os critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Abordando critérios estressores (A), sintomas de revivência (B), evitação (C), cognições negativas e humor (D) e hiperexcitação (E), bem como duração dos sintomas (F), sofrimento ou prejuízo significativo (G) e critérios de exclusão ou outras causas (H).

A tradução e validação para a língua portuguesa ocorreu a partir da publicação de Donadon *et al.* no ano de 2020, desta forma além da tradução literal houve também a tradução dos significados culturais e semânticos de termos utilizados na língua inglesa. Após esta adaptação, houve portanto a avaliação do escore e da sensibilidade para as mulheres brasileiras, que ocorreu por meio da publicação de Osório *et al.* em 2022.

Utilizando a língua inglesa o questionário foi validado com valor de escore >17 pontos para sensibilidade que a escala buscava (Ayers; Wright; Thornton, 2018). No entanto, no Brasil a validação trouxe o escore >28 como sendo o de maior equilíbrio entre sensibilidade e especificidades para os tópicos abordados pela escala de TEPT (Osório *et al.*, 2022). As duas validações foram realizadas de forma remota e este foi um tópico descrito como limitação dos estudos realizados.

Na aplicação a escala foi abordada na entrevista de 2 meses pois este foi definido como o período de maior sensibilidade da mesma, sendo introduzida durante o bloco IV intitulado “Escala de transtorno de estresse pós-traumático”, seguido de uma breve descrição sobre a mesma, sendo ela “Esta parte do questionário contém perguntas sobre a sua

experiência durante o nascimento do seu último bebê. Ele investiga possíveis eventos traumáticos que ocorreram durante (ou imediatamente após) o trabalho de parto e nascimento de seu bebê, e se você está experimentando sintomas que são relatados por algumas mulheres após o nascimento. Por favor, assinale as respostas que mais se aproximam da sua experiência. Durante o trabalho de parto, nascimento e imediatamente após:".

As perguntas da escala poderiam ser respondidas com escolhas fixas entre nunca, uma vez, 2 a 4 vezes ou 5 vezes ou mais. Avaliando assim a frequência dos aspectos abordados pela escala. Caso algum destes aspectos fosse respondido com qualquer uma das frequências, ele era abordado em novas perguntas sobre o início dos sintomas, duração, causa, fatores relacionados e se eles causavam sofrimento para esta mulher.

Ademais, nos casos em que o escore total superava o ponto de corte validado nacionalmente, indicativo de rastreamento positivo para TEPT relacionado ao parto, a participante recebia um documento em formato PDF contendo informações sobre serviços de atendimento psicológico gratuitos ou de baixo custo, sendo orientada a buscar avaliação por profissional habilitado.

4. 2. 1. 2 Violência Obstétrica

Na investigação de violência obstétrica foram realizadas perguntas sobre a percepção das mulheres em relação aos cuidados que receberam. A abordagem ocorreu na maior parte no bloco três da entrevista realizada na etapa 4 com título de “Maus-tratos na casa de parto/hospital” (Anexo II). O assunto foi introduzido por meio da contextualização "Algumas mulheres nos dizem que quando recebem atendimento nas casas de parto/hospitais são maltratadas ou desrespeitadas durante a internação para o parto. Por isso gostaríamos de ouvir como foi o tratamento que você recebeu na casa de parto/hospital. Não existem respostas certas ou erradas para estas perguntas. Queremos apenas conhecer a sua experiência.".

Após a contextualização as perguntas foram realizadas em subgrupos acordo com o tipo de violência, sendo elas verbal-psicológica, física, estigma e discriminação, negligência e relacionados aos toques vaginais inadequados. As perguntas eram objetivas e com três possibilidades de resposta, sendo elas sim, não ou não sabe/não quer responder. Se em algum momento do subgrupo a resposta foi positiva, era disponibilizado para a participante responder quando e quem realizou o tipo de violência descrito.

A questão que abordou a ocorrência da manobra de Kristeller, sobre alguém apertar ou subir na barriga para “ajudar” a saída do bebê foi abordada no bloco dez da segunda etapa, sendo a entrevista presencial e por isto, esta teve uma ocorrência maior de respostas.

4. 2. 2 Coleta de dados telefônicos e/ou remotos

A coleta de dados foi realizada através de ligações telefônicas, mensagens via Whatsapp, mensagens de texto ou e-mail, para as mulheres que participaram da etapa 2 do NCP e forneceram algum meio de contato, autorizando o contato telefônico. Foram utilizados os contatos registrados na plataforma eletrônica REDCap Fiocruz, versão 14.0.31, do estudo principal e as tentativas, bem como os dados coletados foram registrados na mesma plataforma.

Oito entrevistadoras, todas enfermeiras ou estudantes da área da saúde, treinadas previamente com a equipe gestora e pesquisadoras principais do projeto, foram as principais contactantes das mulheres. O contato foi realizado ao menos cinco vezes seguidas, iniciando quando a data de pós parto atingiu o período ideal, descrito nas etapas anteriores. Além disso, o meio de contato utilizado pelas entrevistadoras foram seus próprios números celulares e aparelhos telefônicos.

Ao decorrer das entrevistas e com o volume de datas próximas, algumas entrevistas foram realizadas em tempo posterior, mas buscando a menor data possível. Concomitantemente, caso não houvesse nenhum tipo de resposta ou respostas parciais, foram realizadas novas tentativas às mulheres por outra entrevistadora e caso após três novas tentativas sem sucesso esta participante foi classificada como perda.

O meio mais utilizado para as entrevistas foi o envio de link da Survey, majoritariamente enviado via WhatsApp, após a confirmação de que o contato era da mulher entrevistada na etapa 2. Neste meio as mulheres preencheram de forma autônoma o questionário, após leitura e interpretação própria, além disto as mulheres foram comunicadas que as entrevistadoras estavam disponíveis para auxílios em caso de dúvidas.

As respostas durante as ligações representaram uma pequena parcela do total, sendo utilizada em caso de mulheres que atendiam as ligações, preferiam este meio durante o contato por mensagem ou por mulheres que não sabiam ler e/ou escrever. Neste meio as

perguntas eram realizadas oralmente pela entrevistadora, além da leitura das opções de resposta disponíveis para escolha da mulher.

Pela via escrita das mensagens de texto, o contato foi mantido em mais de cinco vezes quando as mulheres referiam alguma dificuldade em responder a pesquisa, seja estar sem tempo no momento para a resposta, ter esquecido ou responderem parcialmente ao link enviado.

Dentre as dificuldades encontradas para contato, a mais prevalente foram os contatos não serem da mulher e algumas mulheres não terem cadastro no aplicativo WhatsApp, que obteve maior retorno nas tentativas, além disso alguns contatos bloquearam as entrevistadoras em ligações ou mensagens sem referir motivos.

Durante a coleta de dados algumas mulheres não responderam ao contato realizado na etapa 3 durante o período ideal e quantidade de tentativas já descritas. No entanto, após o contato na etapa 4 ser realizado por outra entrevistadora, estas mulheres responderam, desta forma os dados da etapa 3 e 4 podem apresentar quantitativos diferentes.

4.3 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada após a finalização da coleta de dados, baseada na análise descritiva e estimadas as prevalências utilizando os respectivos escores para os desfechos de experimentação de TEPT no pós parto, relacionados com a experiência e local do parto. Os dados presentes na plataforma eletrônica REDCap do estudo principal foram analisados de acordo com os critérios presentes na escala e correlacionados com as literaturas encontradas na revisão de literatura.

Estimaram-se as razões de prevalência de violência obstétrica e escore alterado para TEPT, bem como seus respectivos p-valor segundo as variáveis sociodemográficas e obstétricas. A análise de dados foi realizada pelo software STATA, versão 17 (STATA, 2021), e foi considerado o valor de $p \leq 0,05$ para determinar significância estatística e boa correlação nas variáveis analisadas (Kline, 2016; Brown, 2015). A inserção, configuração e extração dos dados no software de análise foi realizada por três pesquisadoras que participaram do estudo principal.

Realizou-se a descrição por porcentagem do perfil sociodemográfico e características da gestação das mulheres participantes na avaliação de TEPT, divididas em grupos de

mulheres que apresentaram ou não alteração para o escore da condição avaliada. Enquanto isso, na entrevista sobre violência obstétrica, o perfil sociodemográfico e características obstétricas foram apresentadas dividindo as mulheres entre o local de parto, sendo o CPNp ou o hospital de referência. Além disso, os dados referentes às tipificações de violências, como a caracterização por ato ou tipologia, foram subdivididos de acordo com os cinco tipos de violência apresentados no instrumento.

4. 4 Aspectos Éticos

Considerando que os objetivos deste estudo são contemplados no projeto maior, Inquérito Nascer Casas de Parto, cujo já foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde (ENSP/FIOCRUZ), conforme CAAE no 47231021.0.0000.5240, Parecer no 5.192.349 (Anexo III), não houve necessidade de uma nova submissão.

Em relação aos procedimentos éticos em pesquisas com seres humanos, todas as recomendações éticas estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) foram seguidas, especialmente o que versa sobre a participação voluntária e oficializada na pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou no caso de adolescentes a assinatura do Termo de Assentimento e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para seu responsável legal, que já deve ter sido assinado na Etapa 2 no estudo maior.

Ademais, a coleta de dados seguiu todas as orientações norteadas pelo Ofício Circular n.º 2/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para o desenvolvimento de pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual formuladas no contexto da pandemia da COVID-19 (CONEP, 2021).

5. RESULTADOS

As participantes deste estudo foram em sua totalidade mulheres cisgênero, elas tinham entre 13 e 46 anos de idade, sendo a maioria (79,2%) composta por mulheres com idades entre 20 e 34 anos. Em relação à cor/raça, ao analisarmos as categorias separadamente, observou-se maior frequência de mulheres autodeclaradas pardas (53,1%). Contudo, ao agruparmos as categorias preta e parda, conforme classificação usualmente adotada em análises epidemiológicas, verifica-se que mulheres negras representam aproximadamente três quartos da amostra total (74,3%).

Foram contactadas 1.411 mulheres, destas 966 responderam a primeira entrevista telefônica e 1.075 responderam a segunda, algumas destas respostas foram parciais e algumas perguntas foram abordadas na entrevista presencial, portanto há uma variação no número total de participantes nas tabelas a seguir.

Dentre elas, 53,1% possuíam escolaridade até o ensino médio e 87,7% viviam com um(a) companheiro(a). Metade das mulheres trabalhou durante a gestação, 49,1% apresentavam renda mensal entre 1101,00 e 3300,00 reais. Além disso, pouco mais de um quarto (27,5%) recebia o benefício do Programa Bolsa Família.

As características detalhadas, bem como a sua representação nos dois locais de parto avaliados, estão descritos na tabela 1, a seguir. De acordo com a análise estatística, estas mulheres apresentam, em sua maioria, características semelhantes entre as mulheres que tiveram seus partos no CPNp ou no hospital.

Entretanto, observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) quanto à paridade e à via de nascimento. A diferença na via de nascimento é explicada pela não realização de procedimentos cirúrgicos no CPNp. Em relação à paridade, a diferença foi mais evidente entre as mulheres transferidas ao hospital de referência, predominando primíparas nesse grupo. A variável referente à elaboração e entrega do plano de parto à equipe apresentou tendência à significância estatística ($p < 0,05$), sendo que mais da metade das mulheres não havia construído esse documento.

Tabela 1: Características socioeconômicas e obstétricas de mulheres que tiveram seus bebês no Centro de Parto Normal ou no hospital de referência. Brasil, 2025 Estudo Nascer nas Casas de Parto (n=1.411)

Variáveis (n)	Total n ^a (%)	Centro de Parto Normal n ^a (%)	Hospital de Referência n ^a (%)	p-valor
Idade (anos)				
<20	150 (10,6)	117 (10,3)	33 (11,7)	0,383
20-34	1121 (79,2)	896 (78,9)	225 (80,1)	
>35	145 (10,2)	122 (10,8)	145 (10,2)	
Cor da pele				
Branca	359 (25,7)	282 (25,2)	77 (27,9)	0,646
Preta	296 (21,2)	239 (21,3)	57 (20,6)	
Parda	742 (53,1)	600 (53,5)	142 (51,5)	
Escolaridade				
Ensino Fundamental	297 (21,0)	253 (22,3)	44 (15,8)	0,054
Ensino Médio	807 (57,1)	636 (56,1)	171 (61,3)	
Ensino Superior	308 (21,8)	244 (21,6)	64 (22,9)	
Renda mensal (reais)				
0,00 -1100,00	205 (20,2)	174 (20,9)	31 (17,4)	0,152
1101,00 - 3300,00	496 (49,1)	403 (48,4)	93 (52,3)	
3300,00 ou mais	310 (30,7)	256 (30,7)	54 (30,3)	
Trabalho durante a gestação				
Não	630 (44,6)	552 (46,0)	108 (38,7)	0,088
Sim	706 (50,0)	552 (48,7)	154 (55,2)	
Sim, mas parou de trabalhar	77 (5,4)	60 (5,3)	17 (6,1)	
Bolsa Família				
Não	1021 (72,5)	807 (71,4)	214 (77,3)	0,081
Sim	387 (27,5)	324 (28,6)	63 (22,7)	
Situação conjugal				
Com companheiro/a	1242 (87,7)	993 (87,5)	249 (88,6)	0,608
Sem companheiro/a	174 (12,3)	142 (12,5)	32 (11,4)	
Paridade				
Primípara	785 (55,6)	573 (50,6)	212 (76,0)	<0,001
Múltipara	627 (44,4)	560 (49,4)	67 (24,0)	
Via de nascimento				
Vaginal	1323 (93,6)	1134 (100)	189 (67,5)	<0,001
Cesariana	91 (6,4)	0 (0)	91 (32,5)	
Doula				
Não	1079 (81,6)	871 (82,2)	208 (79,1)	0,236
Sim	243 (18,4)	188 (17,8)	55 (20,9)	
Acompanhante durante a internação				
Sim	1394 (99,1)	1111 (99,5)	269 (97,5)	0,141
Não, em nenhum momento	12 (0,9)	6 (0,5)	6 (2,5)	
Plano de parto entregue				
Não	223 (15,9)	181 (16,1)	42 (15,3)	0,010
Sim	323 (23,1)	241 (21,4)	82 (29,9)	
Não fez plano de parto	853 (61,0)	703 (62,5)	150 (54,8)	
Realizou 8 consultas de pré-natal				
Não	213 (16)	184 (20,1)	29 (14,7)	0,075
Sim	899 (64,7)	730 (79,9)	169 (85,3)	

Legenda: ^aO banco de dados está em fase de ajuste e calibração, bem como algumas perguntas foram retiradas de etapas diferentes da pesquisa e portanto o N amostral encontra-se diferente entre as variáveis.

Fonte: elaborado pela autora, 2025

5. 1 Saúde mental e Transtorno de Estresse Pós-Traumático

As características socioeconômicas e demográficas das mulheres entrevistadas remotamente, com aplicação das escalas de avaliação de saúde mental, estão apresentadas na Tabela 2. Nela, destaca-se uma coluna específica com a proporção de participantes que obtiveram escore superior a 28 pontos na escala de TEPT, correspondente a rastreamento positivo para provável Transtorno de Estresse Pós-Traumático no pós-parto. Mulheres pretas (10,14%) e sem companhia conjugal (11,57%) apresentaram maior porcentagem de escore de TEPT, com diferença estatisticamente significativa, após o parto, alterado, sendo o dobro do que mulheres brancas (5,0%) e pardas (4,95%) ou com companhia (5,37%).

Tabela 2: Prevalência de transtorno de estresse pós traumático de acordo com características demográficas e socioeconômicas das puérperas, Brasil, 2025 – Estudo Nascer nas Casas de Parto (n=996^c)

	Sem alteração %	TEPT > 28 %
Idade (anos)		
≤19	90,6	9,4
20-34	94,37	5,63
≥35	93,97	6,03
Raça/cor da pele		
Branca	95,0	5,0^a
Preta	89,86	10,14
Parda	95,05	4,95
Escolaridade		
Ensino superior	97,1	2,9
Ensino médio	93,47	6,53
Ensino fundamental	91,8	8,2
Situação conjugal		
Sem companheiro/a	88,43	11,57^a
Com companheiro/a	94,63	5,37
Trabalho remunerado durante a gestação		
Não	94,67	5,33

Sim	93,4	6,6
Recebe(eu) bolsa família ou benefício social		
Não	93,86	6,14
Sim	94,64	5,36
Sim, alguém da mesma casa	93,76	6,24
Paridade		
Primípara	93,22	6,78
Múltipara	94,92	5,08

Legenda: a= $p \leq 0.05$, b= $p \leq 0.01$, c: As avaliações relacionadas a saúde mental foram abordadas na segunda entrevista com a mulher, sendo a primeira telefônica e portanto o N amostral encontra-se diferente entre as tabelas.

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

A próxima tabela, tabela 3, apresenta a relação entre os escores da escala de TEPT após o parto e as características relacionadas à gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto. Entre as participantes da pesquisa com escore alterado, 12,47% delas apresentavam antes da gestação algum diagnóstico de problemas psicológicos, no entanto mulheres sem diagnóstico prévio tiveram apenas 4,34% de alterações no escore. Para as mulheres que tiveram uma cesárea, esse valor aumentou em cinco vezes, sendo portanto 1 a cada 4 mulheres (24,98%) que precisaram de cesárea apresentando escore de TEPT após o parto acima de 28 pontos.

Em relação às características do parto, observou-se maior proporção de rastreamento positivo para provável TEPT entre mulheres cujos bebês nasceram no hospital de referência (15,63%), em comparação àquelas que permaneceram no CPNp (3,97%), correspondendo a uma frequência aproximadamente quatro vezes maior.

A realização de cesariana também esteve associada a maior proporção de escores acima do ponto de corte. Da mesma forma, a ausência de acompanhante em qualquer momento do processo de parto relacionou-se a maior frequência de rastreamento positivo para provável TEPT. Essa proporção foi aproximadamente quatro vezes menor entre mulheres que tiveram parto vaginal e/ou contaram com acompanhante, com diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,01$).

Por outro lado, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na prevalência de rastreamento positivo para provável TEPT entre mulheres que sofreram ou não episiotomia ou manobra de Kristeller. Também não houve diferença significativa entre aquelas que tiveram presença de doula durante o trabalho de parto ou que elaboraram plano de

parto.

Tabela 3: Prevalência de transtorno de estresse pós traumático de acordo com características da gestação e parto de puérperas, Brasil, 2025 – Estudo Nascer nas Casas de Parto (n=996)

	Sem alteração %	TEPT > 28 %
Histórico de problema psicológico		
Não	95,66	4,34 ^b
Um ou mais diagnóstico	87,53	12,47
Você ficou feliz com a gestação?		
Não	92,45	7,55
Sim	94,9	5,1
8 consultas ou mais de pré-natal		
Não	92,39	7,61
Sim	94,95	5,05
Acompanhante durante a internação		
Sim	96,26	3,74 ^b
Não, em nenhum momento	85,04	14,96
Kristeller		
Não	94,05	5,95
Sim	83,18	16,82
Episiotomia		
Não	95,33	4,67
Sim	87,74	12,26
Presença de doula		
Não	93,78	6,22
Sim	94,22	5,78
Plano de parto entregue		
Não	93,79	6,21
Sim	95,18	4,82
Via de parto		
Vaginal	95,2	4,8 ^b
Cesariana	75,02	24,98
Local do nascimento do bebê		
Casa de parto (CPNp)	96,03	3,97 ^b
Hospital de referência	84,37	15,63
Houve indicação de UTI neonatal?		
Não	94,14	5,86 ^a
Sim	82,26	17,74

Legenda: a= $p \leq 0.05$, b= $p \leq 0.01$

Fonte: elaborado pela autora, 2025

5. 2 Prevalência de Violência Obstétrica

Dentre as 1075 mulheres participantes desta etapa, 543 (50,4%) responderam sofrer algum tipo de VO durante o período do trabalho de parto, parto e pós parto. A negligência

esteve presente para 1 entre 4 das mulheres entrevistadas, em seguida os toques vaginais inadequados foram referidos por 1 a cada 6 mulheres. Enquanto os abusos psicológicos, físicos, estigma e discriminação representaram taxas menores. Além disso, era possível que cada mulher descrevesse mais de um tipo de violência e por isso o número de atos pode ultrapassar o número da amostra de mulheres que responderam a pesquisa. A tipificação das violências é apresentada na tabela 4, a seguir.

Tabela 4: Prevalência segundo ato de violência sofrido em puérperas independente do local de nascimento do bebê. Brasil, 2025 – Estudo Nascer nas Casas de Parto (n=1.078)

	Amostra total	
	n	%
Atos de abuso físico sofridos		
Beliscar	-	-
Levar tapa ou soco	1	0,01
Levar chute	-	-
Bater com algum objeto	-	-
Segurar à força, enforçar ou amarrar na cama	2	0,34
Apertar ou subir na barriga para “ajudar” a saída do bebê ^a	14	0,81
Ter sofrido pelo menos um ato de abuso físico	17	1,25
Atos de abuso psicológico sofridos		
Gritar ou berrar	12	1,24
Ofender ou xingar	13	1,14
Repreender ou dar bronca	66	5,97
Debochar	28	2,71
Comentários negativos sobre sua aparência física	4	0,40
Comentários negativos sobre a aparência física do bebê	2	0,23
Comentários negativos sobre vida sexual	9	0,88
Ameaçar de fazer algum procedimento médico que você não queria	19	1,75
Ameaçar de abuso físico	-	-
Ameaçar dizendo que se não obedecer, mulher e bebê teriam problemas	18	1,53
Culpar mulher por alguma coisa que aconteceu com ela ou bebê	17	1,31
Bufar ou resmungar	36	3,41
Ter sofrido pelo menos um ato de abuso psicológico	87	8,0
Atos de negligência sofridos		
Sentir ignorada pelos profissionais de saúde e outros funcionários	61	5,98
Sentir abandonada pelos profissionais de saúde e outros funcionários	61	5,91
Sentir que sua presença era um incômodo	186	17,16
Precisar esperar por longos períodos de tempo antes de ser atendida	218	20,01
Ter sofrido pelo menos um ato de negligência	252	23,73
Atos relacionados à estigma e discriminação sofridos		
Receber comentários negativos devido à sua raça/cor da pele	1	0,09

Receber comentários negativos devido à sua religião	1	0,09
Receber comentários negativos devido à sua idade	16	1,50
Receber comentários negativos sobre ter/não ter companheiro	3	0,28
Receber comentários negativos devido à sua escolaridade ou situação financeira	1	0,09
Receber comentários negativos devido à sua condição de saúde	2	0,19
Ter sofrido pelo menos um ato de estigma e discriminação	19	1,78
Atos relacionados aos toques vaginais inadequados		
Não explicou por que o exame vaginal era necessário	111	10,72
Não pediu sua permissão antes de fazer o exame vaginal	56	5,42
Falar informações confidenciais sobre a sua saúde de forma que outras pessoas pudessem ouvir	33	3,39
Os exames vaginais não foram feitos de forma privada/com privacidade	91	8,69
Ter sofrido pelo menos um toque vaginal inadequado	168	17,12

Legenda: ^aA pergunta referente à ocorrência de Kristeller (i.e., apertar ou subir na barriga para “ajudar” a saída do bebê) estava inserida no questionário da etapa 2 da pesquisa, portanto seu n=1411.
Fonte: elaborado pela autora, 2025

Ao tipificar a VO com características sociodemográficas podemos avaliar, de acordo com a tabela 5, dentre todas as categorias há um destaque para o local de nascimento do bebê, a via de parto e a presença ou não do acompanhante. O local onde a mulher esteve internada para o seu parto ou após ele influenciou em todos os tipos de violência, desta forma todas as mulheres que foram transferidas para o hospital estavam mais expostas aos cinco tipos de violência. Além disso, as mulheres que passaram por uma cesárea sofreram mais violência do que as mulheres que tiveram partos vaginais, em alguns tipos de violência a exposição foi cinco vezes maior. Apesar disso, não houve no questionário a possibilidade de respostas do local onde houve a violência e portanto mulheres transferidas para o hospital não descreveram se a VO ocorreu em apenas um local.

A presença do acompanhante durante a internação fez com que houvesse, com significância estatística, menos relatos de quatro tipos de VO, com destaque aos relatos de abusos físicos que aumentaram mais de quinze vezes em mulheres sem acompanhantes. As variáveis de idade, cor, escolaridade e de renda também influenciaram na violência que estas mulheres sofreram. As adolescentes sofreram mais com estigma e discriminação (6,77%). Ao diferenciarmos por cor da pele, a negligência foi a VO que teve significância estatística, mas se unirmos o grupo de mulheres pardas e pretas em um único grupo (36,6%) a porcentagem de relato é muito próximo ao das mulheres brancas (35,9%). Em relação à escolaridade, as

queixas de negligência aumentaram conforme esta aumentou e enquanto houve o oposto com os toques vaginais, que foram mais referidos por mulheres com menores escolaridades.

O plano de parto ser entregue ou não, trouxe diversos dados em relação a violência, mas as mulheres que elaboraram seus planos e os entregaram à equipe, referiram mais negligência e abusos psicológicos, 12,82% e 51,27% respectivamente. A tabela a seguir representa os dados referidos com seus respectivos valores e destacados em negrito os dados com maior significância estatística.

Tabela 5: Prevalência de violência obstétrica por tipologia de acordo com características demográficas, socioeconômicas e referentes à gestação atual de puérperas, Brasil, 2025 – Estudo Nascer nas Casas de Parto (n=1.075)

	Abuso físico	Abuso psicológico	Negligência	Estigma e discriminação	Toques vaginais inadequados
	%	%	%	%	%
Idade (anos)					
≤19	2,91	10,54	25,4	6,77^b	25,53
20-34	1,02	8,08	23,55	1,29	16,65
≥35	1,39	5,06	23,46	0,87	12,76
Raça/cor da pele					
Branca	2,01	9,37	35,92^b	0,96	18,5
Preta	1,72	9,0	15,84	1,37	16,89
Parda	0,73	6,62	20,82	2,2	16,5
Escolaridade					
Ensino superior	1,05	10,91	37,83^b	2,9	10,89^b
Ensino médio	1,0	7,83	22,25	1,12	15,63
Ensino fundamental	2,15	5,25	12,26	2,41	27,73
Situação conjugal					
Sem companheiro/a	0,0	7,11	23,44	6,44^b	13,67
Com companheiro/a	1,4	8,1	23,76	1,25	17,54
Trabalho remunerado durante a gestação					
Não	0,86^a	6,85	18,86^b	2,06	21,5^b
Sim	1,1	8,92	29,24	1,35	12,33
Sim, mas parou de trabalhar	5,19	8,9	15,08	3,19	22,65
Recebe(eu) bolsa família ou benefício social					
Não	0,91	8,52	27,43^b	1,66	14,77^a
Sim	2,59	5,08	14,45	1,85	22,62
Sim alguém da mesma casa	0,0	13,11	13,78	3,3	24,35

Paridade					
Primípara	1,51	12,13^b	26,77^a	2,18	16,9
Múltipara	0,92	2,73	19,8	1,29	17,4
Realizou 8 consultas de pré-natal					
Não	1,39	5,07^a	10,36^b	2,01	24,39^a
Sim	0,91	7,4	28,4	1,51	16,23
Via de parto					
Vaginal	1,17	6,34^b	22,79^b	1,35^b	16,14^b
Cesariana	2,49	34,65	38,31	8,6	32,31
Presença de doula					
Não	1,19	7,27	26,24^a	1,78	17,27
Sim	0,98	10,84	17,24	1,97	12,79
Acompanhante durante a internação					
Sim	0,35^b	4,49^b	21,46^b	0,18	15,35^b
Não, em nenhum momento	5,28	24,72	35,71	0	23,93
Plano de parto entregue					
Não	0,95	6,29^b	15,8^b	1,77	17,46
Sim	2,37	12,82	51,27	1,54	16,48
Local do nascimento do bebê					
Centro de parto normal	0,35^b	4,4^b	21,13^b	0,74^b	15,51^b
Hospital de referência	5,43	25,44	36,21	6,62	24,63

Legenda: Em negrito apresentam-se os dados com significância estatística. a= $p \leq 0.05$, b= $p \leq 0.01$
 Fonte: elaborado pela autora, 2025

5. 3 Guia de rastreamento de saúde mental

Dentre os resultados do estudo, encontra-se também a elaboração do guia de rastreamento de saúde mental no pré-natal e pós-parto. O guia reúne escalas utilizadas na pesquisa e um fluxograma para auxiliar profissionais de saúde após a aplicação destas, sintetizando estratégias de auxílio à saúde mental encontradas na literatura. Imagens do guia, bem como o seu link para acesso encontram-se no ANEXO IV.

6. DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam associação entre experiências de violência obstétrica (VO) e maior proporção de rastreamento positivo para provável TEPT entre as mulheres entrevistadas. Mulheres cujos partos, independentemente da via, ocorreram no hospital de referência apresentaram maiores proporções de escores acima do ponto de corte na avaliação pós-parto. Entre aquelas submetidas à cesariana, observou-se maior frequência de relatos de violência, bem como maior proporção de rastreamento positivo para provável TEPT.

No que se refere aos fatores sociais, mulheres negras, considerando pretas e pardas, apresentaram maiores proporções de escores acima do ponto de corte, embora tenham sido as que menos relataram negligência no cuidado. Por outro lado, mulheres sem companheiro(a) foram as que mais referiram experiências de estigma e discriminação, além de apresentarem maior frequência de rastreamento positivo quando comparadas àquelas que contavam com acompanhante ou parceiro(a). A discussão será organizada nos seguintes eixos temáticos: Experiência positiva de parto; Plano de parto e pré-natal; Negligência e desigualdades; e Adequação às boas práticas.

Experiência positiva de parto

A experiência do parto exerce influência significativa sobre a saúde mental das mulheres (Leite et al., 2022; Bohren et al., 2018; Ayers, Wright & Thornton, 2018). Observou-se que mais da metade das participantes relatou algum tipo de violência, independentemente de sua natureza, resultado semelhante ao verificado há uma década (Leite et al., 2020). Mulheres que realizaram o parto nos CPNp apresentaram menores índices de TEPT após o parto, assim como menor prevalência de todos os tipos de violência investigados. Esses achados encontram respaldo em uma revisão de 2012, que destacou resultados mais favoráveis nos CPN em comparação a hospitais e instituições tradicionais (Hodnett, Downe & Walsh, 2012).

Os dados também revelam maior prevalência de parto vaginal, inclusive entre mulheres que foram transferidas, intra ou pós parto, do CPNp para o hospital, resultando em uma taxa de cesarianas de 6,4%, significativamente inferior aos níveis nacionais, que são cerca de nove vezes maiores (DATASUS, 2023). Apesar dessa baixa incidência de cesarianas,

as mulheres submetidas a esse procedimento relataram maior ocorrência de todos os tipos de violência avaliados, sendo quatro deles estatisticamente significativos. Ademais, todas as participantes que necessitaram de transferência intraparto apresentaram maior exposição à violência em comparação àquelas que permaneceram e pariram no CPNp.

Apesar disso, algumas mulheres precisaram ser transferidas para assistência hospitalar e estas apresentaram 7 vezes mais chance de resultados alterados do TEPT, após o parto, do que mulheres que permaneceram no CPNp. Números semelhantes ocorrem para a violência obstétrica, 1 a cada 4 mulheres que precisaram de assistência hospitalar sofreram abusos psicológicos e quase 10 vezes mais chances de abusos físicos. Valores estes, semelhantes aos relatos de depressão pós parto no Brasil, que está presente em 1 a cada 4 mulheres (Theme Filha *et al.*, 2016).

A prevalência de VO entre mulheres submetidas à cesariana mostrou-se superior àquela observada em mulheres que tiveram partos vaginais, resultado que contrasta com o descrito por Leite *et al.* (2023), que avaliaram mulheres que pariram exclusivamente em hospitais, independentemente da via de parto. Esses achados reforçam as evidências que destacam os CPNp como espaços capazes de promover baixas taxas de cesariana, melhores desfechos maternos e maior satisfação das mulheres com a experiência do parto (Birthplace in England Collaborative Group *et al.*, 2011; Scarf *et al.*, 2018).

Apesar dos dados apresentados serem promissores e reforçarem a importância dos CPNp no cenário obstétrico nacional, todos os tipos de violência obstétrica também estiveram presentes nesses serviços, alguns em menor proporção, mas ainda persistentes, com destaque para negligência e realização de toques vaginais considerados inadequados. Não foram identificados estudos prévios que abordassem violência obstétrica especificamente em CPNp, o que evidencia a originalidade dos achados, mas também sinaliza a necessidade de aprofundamento investigativo sobre as práticas nesses contextos.

Esses resultados indicam que, embora o modelo assistencial centrado no cuidado fisiológico e na valorização da autonomia feminina represente avanço importante, ele não está imune à reprodução de práticas desrespeitosas ou hierarquizadas. A violência obstétrica deve ser compreendida como fenômeno estrutural, atravessado por dimensões culturais, institucionais e formativas, e não apenas como desvio individual de conduta.

Nesse sentido, os achados reforçam a importância de investimentos contínuos em processos de sensibilização, qualificação profissional e educação permanente para todas as

categorias envolvidas na assistência ao parto, independentemente do cenário assistencial. Estratégias formativas que abordem comunicação, ética do cuidado, consentimento informado, interseccionalidade e direitos das mulheres podem contribuir para a consolidação de práticas alinhadas às boas práticas e à promoção de experiências positivas de parto.

Assim, a ampliação de modelos baseados em CPNp deve estar acompanhada de monitoramento sistemático da qualidade do cuidado e de ações educativas permanentes, de modo a reduzir práticas potencialmente violentas e fortalecer a saúde mental materna.

Plano de parto e o pré-natal

No presente estudo, observou-se que 64,7% das mulheres realizaram mais de oito consultas de pré-natal, período considerado essencial tanto para o cuidado quanto para a preparação para o parto. Essas mulheres foram as que relataram maior ocorrência de negligência e abusos psicológicos, com diferenças estatisticamente significativas. Por outro lado, aquelas com menor número de consultas foram as que mais referiram toques vaginais inadequados. Esses achados sugerem que o pré-natal, além de oferecer cuidados clínicos, também influencia a percepção da mulher sobre a assistência recebida durante o trabalho de parto e parto, podendo tanto expor inadequações quanto fortalecer o empoderamento e a atenção da gestante ao cuidado recebido.

Em relação ao plano de parto, 61% das mulheres não elaboraram esse instrumento, enquanto aquelas que construíram e entregaram o plano à equipe relataram maior ocorrência de abusos psicológicos e negligência. No entanto, não há diferenciação de cor da pele, renda, idade ou escolaridade dentre as mulheres que entregaram o plano de parto, também não foi analisado o tipo de financiamento ao pré-natal realizado. Desta forma não é possível estabelecer análises sobre quais grupos mais realizaram este instrumento ou de onde partiu o incentivo/apoio à construção do mesmo.

Apesar disto, a construção do plano de parto pode ampliar o conhecimento da mulher sobre o processo de nascimento e suas opções, promovendo maior autonomia e capacidade de observação crítica do cuidado recebido (Ahmadpour et al., 2022). Entretanto, quando o parto não ocorre conforme o planejado, o plano pode gerar frustração e insatisfação, conforme descrito na literatura (Medeiros et al., 2019; Assis & Meurer, 2020). Embora estudos anteriores indicam efeito protetivo do plano de parto frente a sintomas psicológicos

(Ahmadpour et al., 2022), neste estudo não foram encontradas diferenças significativas nos escores de TEPT, possivelmente influenciadas pela baixa adesão à prática.

Esses achados indicam que tanto o pré-natal quanto o plano de parto exercem papel importante na percepção de violência obstétrica e na experiência do parto. Mulheres mais engajadas e atentas ao cuidado recebido reportaram maiores ocorrências de abusos psicológicos e negligência, o que evidencia a capacidade desses instrumentos de revelar inadequações no atendimento. Assim, a integração de um acompanhamento pré-natal cuidadoso e da construção de um plano de parto pode representar estratégias relevantes para reduzir a violência obstétrica e promover experiências mais positivas, fortalecendo o empoderamento e a autonomia das mulheres ao longo do ciclo gestacional.

Negligência e Desigualdades

A negligência, como a omissão de atendimento, foi a forma de violência mais relatada entre todas as mulheres, sendo 23,73%, ou seja 1 em cada 4 mulheres, aproximadamente, referiu sofrer algum tipo de negligência. No entanto, este dado é mais evidente quando olhamos a diferença de escolaridade das mulheres, atingindo valores estatisticamente significativos. Mulheres de maior escolaridade referiram mais negligência 37,83% respectivamente, esse valor é o triplo do que mulheres que têm apenas ensino fundamental. Em relação a cor da pele, mulheres brancas foram as que mais referiram negligência, mas se unirmos mulheres pretas e pardas, como mulheres negras, o grupo de negras e brancas atingem valores semelhantes de 36,66% e 35,92% respectivamente.

Os dados sugerem uma associação significativa entre o conhecimento, a cor da pele e a percepção de cuidado, reafirmando as desigualdades sociais encontradas nos desfechos da assistência obstétrica brasileira (Rebouças *et al*, 2024). Especificamente, as mulheres brancas e com maior escolaridade apresentaram maior relato de violência, o que pode sugerir uma relação de um maior empoderamento para relatar, bem como maior capacidade de reconhecer e denunciar a violência. O perfil de mulheres que relatam as violências se mantém desde o primeiro estudo citado, que ocorreu em 2010 (Fundação Perseu Abramo e SESC, 2010).

Apesar de dados promissores, e de mulheres brancas e com maiores escolaridade serem as que mais verbalizam as violências, a pesquisa revela que mulheres pretas, primíparas, jovens, com menor escolaridade e de baixa renda sofrem mais violência, principalmente violências mais explícitas como os abusos físicos e toques vaginais

inadequados, reforçando achados anteriores relacionando a VO e a cor da pele (Leite *et al.*, 2020).

Além disso, estas mulheres pretas apresentaram escores de TEPT mais elevados do que quando comparadas com outros grupos, reforçando achados anteriores que associam a cor da pele ao adoecimento mental, se agravando caso a cor da pele seja associada a outros fatores sociais como baixa renda ou baixa escolaridade (Theme Filha *et al.*, 2016).

A negligência também foi relatada por mulheres que estiveram no CPNp, sendo 21,13% das mulheres que tiveram seus bebês neste local e no hospital de referência os relatos de 36,21%. Apesar dos dados demonstrarem os benefícios dos CPNp para as mulheres, em relação a negligência não houve grande diferença em porcentagem. Não foram encontrados trabalhos que abordem VO ou negligência nesses locais.

Adequação às boas práticas

Os dados evidenciam que a falta de boas práticas no cuidado prestado às mulheres pode ter consequências negativas. Por exemplo, 17,12% das mulheres relataram ter sofrido toques vaginais inadequados, frequentemente devido à falta de explicação sobre o procedimento ou à realização sem consentimento. Estudos prévios (Assis e Meurer, 2020) demonstraram que a realização de práticas sem consentimento e de forma desnecessária gera insatisfação e desconforto entre as mulheres, além de estarem contra práticas recomendadas por grandes organizações (WHO, 2025)

Considerando as evidências científicas que demonstram que o cuidado nos CPNp está associado a uma maior probabilidade de parto natural, amamentação prolongada, satisfação com o parto e menor incidência de intervenções médicas desnecessárias, como episiotomia, analgesia e ocitocina intraparto (Hodnett *et al.*, 2012), e que o excesso de intervenções no parto é um fator de risco para desfechos emocionais negativos para as mulheres (Zambaldi; Cantilino; Sougey, 2009), é fundamental promover a expansão de locais de atendimento seguro e humanizado, como os CPNp, em vez de fechá-los.

Ademais, em CPNp observa-se a possibilidade de participação da mulher, aumentando sua autonomia e seu protagonismo em seu parto, conseqüentemente, podendo aumentar sua satisfação com o tratamento personalizado recebido (Alliman; Phillippi, 2016), tornando o parto uma experiência mais positiva pelo suporte adequado das famílias e dos profissionais da saúde (Hosseini Tabaghdehi *et al.*, 2020) apesar da dor experienciada pelas parturientes.

Além da experiência positiva, legislações, políticas e recomendações orientarem que a família seja incluída no cuidado, mulheres com ao menos um acompanhante representaram 99,1% do total de mulheres participantes (WHO, 2025). Algumas mulheres não tiveram a presença de um acompanhante, isso apresentou um aumento nas violências sofridas e no escore de TEPT destas mulheres. Apesar disso, houve um avanço em relação ao aumento da presença do acompanhante quando comparado com Nascer no Brasil I (Diniz et al., 2014).

Além do acompanhamento familiar, outro dado mostrado na pesquisa é de que as doulas, profissionais capacitadas para o suporte da parturiente, não demonstraram diferenças significativas entre sofrer ou não violência. Apesar do incentivo destes profissionais no momento do parto, como incentivado pela WHO (2025), no estudo a doula representou a diminuição da negligência, mas esta baixa influência pode ter acontecido pelo fato de mais de 81,6% das pessoas não terem contado com esta profissional durante seu atendimento neste período.

7. CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa respondem aos objetivos geral e específicos propostos e evidenciam que a experiência do parto transcende o evento clínico, constituindo-se como momento determinante para a saúde física e mental das mulheres e de seus recém-nascidos. Desfechos emocionais negativos no puerpério, especialmente maior proporção de rastreamento positivo para provável Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) relacionado ao parto, foram mais frequentes entre mulheres que necessitaram de transferência intra ou pós-parto. Esses achados sugerem que contextos assistenciais mais medicalizados e hierarquizados podem estar associados ao aumento de vulnerabilidades psicológicas e a impactos no bem-estar materno-infantil.

Em contraste, mulheres que pariram em Centros de Parto Normal peri-hospitalares (CPNp) relataram experiências mais positivas e apresentaram menores proporções de violência obstétrica, corroborando evidências de que modelos de atenção centrados na pessoa favorecem autonomia, protagonismo feminino, respeito e cuidado baseado em boas práticas. Tais elementos estão alinhados às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que enfatiza a promoção da experiência positiva de parto como componente essencial da qualidade da assistência obstétrica (WHO, 2016; 2018; 2025).

A análise interseccional dos dados revelou desigualdades estruturais: mulheres pretas, sem companheiro(a) e com histórico de vulnerabilidade psicológica apresentaram maior impacto no escore de TEPT, evidenciando como raça, classe social e apoio familiar moldam a experiência do parto. Ao mesmo tempo, mulheres brancas, com maior escolaridade e plano de parto realizado relataram mais episódios de negligência, indicando que a consciência sobre direitos reprodutivos e o empoderamento influenciam a percepção de violência obstétrica. Esses achados reforçam a urgência de políticas de saúde que confrontem desigualdades estruturais e ampliem o acesso equitativo a modelos de cuidado humanizados, alinhados aos princípios do movimento feminista, que defende autonomia, dignidade e segurança das mulheres em todos os ciclos reprodutivos.

Iniciar o parto em CPNp foi associado a maiores chances de parto vaginal e experiências positivas que repercutem na saúde física e mental de mães e bebês, demonstrando que o cuidado humanizado fortalece o protagonismo feminino e garante vivências respeitadas, seguras e empoderadoras. Torna-se, portanto, imprescindível promover

e expandir modelos de atenção obstétrica centrados na mulher, reforçando estratégias de pré-natal participativo, planejamento de parto, educação em saúde e empoderamento feminino, além de confrontar práticas de violência obstétrica e a cultura da cesariana desnecessária. O cuidado humanizado deve ser entendido como política pública e instrumento de equidade, promovendo experiências de parto positivas, protegendo a saúde mental materna e contribuindo para o desenvolvimento saudável das crianças.

Além disso, este estudo reafirma que a experiência positiva de parto constitui um direito de saúde, uma conquista do movimento feminista e está alinhada ao tema mundial de saúde “Inícios saudáveis, futuros esperançosos”, evidenciando que experiências respeitadas no parto são fundamentais para construir trajetórias perinatais mais seguras, humanas e equitativas. É urgente defender e implementar políticas públicas que garantam parto com dignidade, protagonismo e segurança. O fortalecimento dos CPNp e demais espaços de cuidado humanizado configura-se como compromisso ético e político com as mulheres, suas trajetórias reprodutivas e com a construção de uma sociedade mais justa, equitativa e comprometida com o pleno desenvolvimento humano.

Em síntese, os achados deste estudo reforçam a associação entre violência obstétrica e maior proporção de rastreamento positivo para TEPT no pós-parto, especialmente entre mulheres submetidas à cesariana, transferências hospitalares e diferentes formas de violência, independentemente da via de parto. O pré-natal e a construção do plano de parto emergem como dispositivos estratégicos de fortalecimento da autonomia e de qualificação do cuidado, capazes de tornar mais visíveis situações de inadequação, negligência e abuso. Entretanto, sua subutilização ou o não cumprimento das decisões pactuadas podem gerar frustração e insatisfação, impactando a experiência vivenciada.

Os CPNp mostraram-se ambientes potencialmente protetivos, associados à menor exposição à violência obstétrica, maior protagonismo das mulheres e experiências mais positivas de parto, em consonância com evidências que apontam melhores desfechos maternos e neonatais e maior satisfação com o cuidado recebido. Apesar disso, esse ambiente apresentou taxas de VO, principalmente de negligência e toques vaginais inadequados, expondo a necessidade de estratégias de mitigação da VO, também nestes locais, bem como outros estudos que explorem este achado.

Os resultados destacam a necessidade de transformar estruturas institucionais e culturais que perpetuam a medicalização e a violência obstétrica em todos os cenários

obstétricos, mas principalmente no ambiente hospitalar, promovendo cuidados baseados em evidências, respeito e empoderamento, em consonância com a OMS, a agenda nacional de saúde e os princípios de justiça social, equidade e direitos reprodutivos.

Espera-se que esta pesquisa inspire mudanças concretas nas políticas públicas, na prática clínica e na consciência coletiva, garantindo que toda pessoa possa vivenciar o parto como uma experiência segura, digna, respeitosa e transformadora. Ademais, evidencia-se a necessidade de vigilância contínua em relação à violência obstétrica e às suas repercussões sobre a saúde mental das mulheres, em especial quanto ao transtorno de estresse pós-traumático, que apresentou alterações significativas nos dois contextos de assistência avaliados.

Limitações do estudo

Destaca-se, como limitação deste estudo a dificuldade de contato com as mulheres na via telefônica e as repetidas tentativas a fim de atingir amostras satisfatórias para o estudo. Durante a coleta de dados algumas entrevistadoras desistiram da coleta, acarretando em um acúmulo de contatos para outras entrevistadoras, desta forma a coleta por vezes causou desgaste emocional dentre as entrevistadoras frente frustração para atingir a amostra durante a coleta de dados. Este fato era agravado pela limitação de custeio das etapas da pesquisa, o que trazia a limitação de contar em grande parte com entrevistadoras voluntárias e que possuem outros vínculos para sustento financeiro.

Podemos destacar também o tamanho da amostra que enfrentou entraves durante a coleta de dados para atingir sua quantidade desejada. Uma das dificuldades era a de acesso aos dados das pacientes transferidas aos hospitais, mas principalmente pelo fator agravante de um dos CPNp ser fechado durante o decorrer da pesquisa e a amostra precisar ser recalculada para atingir níveis satisfatórios, conforme abordado no método.

Diante destes tópicos e das problemáticas frente ao tema da violência obstétrica, podemos destacar que o próprio assunto em si é uma limitação, onde sociedades profissionais e organizações buscam de forma organizada mascarar o assunto. Esta talvez seja uma das explicações para as dificuldades enfrentadas na pesquisa. Além disso, a pela metodologia do estudo e o tema abordado, não foi possível explorar as percepções das mulheres frente aos processos de violência vivenciados.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Cláudia de Azevedo *et al.* Modelo de atenção em centros de parto normal peri-hospitalares brasileiros: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. e09382023, jan. 2025.
- AHMADPOUR, Parivash *et al.* Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. **BMC pregnancy and childbirth**, 22(1), 862, 2022. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05199-5>
- ALLIMAN, Jill; PHILLIPPI, Julia C. Maternal Outcomes in Birth Centers: An Integrative Review of the Literature. **Journal of midwifery & women's health**, 61(1), 21–51, 2016. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12356>
- ARGENTINA. **Ley de proteccion integral a las mujeres, Ley nº 26.485.** 2009; Disponível em: https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf
- ASSIS, Karina Goes de; MEURER, Fernanda. Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. **Psicologia Argumento**, [S.L.], v. 39, n. 103, p. 135, 29 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.39.103.ao07>.
- AYERS, Susan; WRIGHT, Daniel B.; THORNTON, Alexandra. Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. **Frontiers In Psychiatry**, S.L, v. 9, n. 409, p. 1-8, set. 2018. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00409>
- BAZIRETE, Olivia. *et al.* Midwife-led birthing centres in four countries: a case study. **BMC Health Serv Res** 23, 1105, 2023. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10125-2>
- BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP *et al.* Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the birthplace in England national prospective cohort study. **Bmj**, [S.L.], v. 343, n. 234, p. 7400, 23 nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d7400>.
- BOHREN, Meghan A. *et al.* Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey. **Bmc Medical Research Methodology**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 132, 15 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1186/s12874-018-0603-x>.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria n. 985 de 5 de agosto de 1999.** Cria o centro de parto normal - CPN, no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília (DF); 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco [internet]. **Cadernos de Atenção Básica; 32.** Brasília (DF): 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015.** Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do

Sistema Único de Saúde/SUS. Brasília (DF); 2015.

BRASIL. **LEI Nº 14.721, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2023.** Altera os arts. 8º e 10 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. Brasília (DF), 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 5.350, de 12 de setembro de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília (DF), 2024.

BROWN, Timothy A. **Confirmatory factor analysis for applied research.** 2 ed. [s.l.] The Guilford Press, 2015.

CAMPOS, Vanuza Silva *et al.* PRÁTICAS CONVENCIONAIS DO PARTO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB A PERSPECTIVA DE PUÉRPERAS. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S.L.], v. 34, p. 1-10, 15 jun. 2020. [Http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.35453](http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.35453)

CONEP. **Ofício Circular Nº 2/2021/Conep/Secns/Ms:** Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, 2021.

DATASUS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. Brasília: Departamento de Informática do SUS. 2023. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 140-153, ago. 2014. [Http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00127013](http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00127013)

DONADON, Mariana Fortunata *et al.* Cross-cultural adaptation of the City Birth Trauma Scale for the Brazilian context. **Archives Of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 110-118, ago. 2020. [Http://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000243](http://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000243).

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO E SESC. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>

GIL, Natália Augusto Nunes; SOUSA, Nataly de Oliveira. Saúde Mental de Mulheres no Ciclo Gravídico Puerperal, Políticas Públicas de Cuidado e a Importância das Redes de Suporte. In: LUCENA, Fabiana Santos *et al.* (orgs.). **Concepção, gravidez, parto e pós-parto: perspectivas feministas e interseccionais.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2024. 404p. (Temas em saúde coletiva; 35)

HODNETT, Ellen D; DOWNE, Soo; WALSH, Denis. Alternative versus conventional institutional settings for birth. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.L.], v. 8, p.

1-37, 15 ago. 2012. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd000012.pub4>.

HOSSEINI TABAGHDEHI, Monirolsadate *et al.* Positive childbirth experience: A qualitative study. **Nursing open**, v. 7, n. 4, p. 1233-1238, 14 Apr. 2020, doi:10.1002/nop2.499

KATZ, Leila *et al.* Quem tem medo da violência obstétrica?. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 623–626, abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>

KLINE, Rex B. **Principles and practice of structural equation modeling**. 4. ed. New York: The Guilford Press, 2016.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 17-32, ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00151513>.

Leal MC, Esteves-Pereira AP, Bittencourt SA, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Leite TH, et al. Protocolo do Nascer no Brasil II: Pesquisa Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública** 2024; 40:e00036223

LEISTER, N. *et al.* Nascer nas Casas de Parto do Brasil: protocolo de pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. e00233023, 2025. doi: 10.1590/0102-311XPT233023

LEITE, Tatiana Henriques *et al.* Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. **Journal of affective disorders**, v. 273, p. 391-401, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>

LEITE, Tatiana Henriques *et al.* The association between mistreatment of women during childbirth and postnatal maternal and child health care: findings from “birth in Brazil”. **Women And Birth**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 28-40, fev. 2022. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2021.02.006>.

LEITE, Tatiana Henriques *et al.* The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: findings from a perinatal cohort “Birth in Brazil”. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 19, p. 100438, mar. 2023. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100438>

MEDEIROS, Renata Marien Knupp *et al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180233, 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>

MÉXICO. **Ley General de Acceso a una Vida Libre de Violencia**. 2015. Disponível em: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV130418.pdf>

MESENBURG, Marilia Arndt *et al.* Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. **Reproductive Health**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 54, 27 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-018-0495-6>

OLIVEIRA, Maria do Socorro Santos de *et al.* Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. **Abcs Health Sciences**, [S.L.], v. 44, n. 2, p. 114-119, 30 ago. 2019. NEPAS. <http://dx.doi.org/10.7322/abcschs.v44i2.1188>

OMS (Organização Mundial da Saúde). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde - Declaração da OMS. 2014; (5):4. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=71A5526EB49C740B%20E2F28AFCAD44A8E7?sequence=3

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *World Health Day 2025: Inícios saudáveis, futuros esperançosos*. Genebra: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2025>. Acesso em: 14 ago. 2025.

OSÓRIO, Flávia de Lima *et al.* Posttraumatic stress following childbirth: psychometric properties of the Brazilian version of the City Birth Trauma Scale. **Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology**, 43(3), 374–383, 2022. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2021.1977278>

PELISSARI, Luana Carolina Back *et al.* Prática da episiotomia: fatores maternos e neonatais relacionados. **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet]. 2022; 24:66517. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.66517>

REBOUÇAS, Poliana *et al.* Ethno-racial inequalities on adverse birth and neonatal outcomes: a nationwide, retrospective cohort study of 21 million Brazilian newborns. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 37, p. 100833–100833, 5 jul. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100833>

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez *et al.* Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 43, n. 2, p. 1297-1302, dez. 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000600026>

SANDALL, Jane *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.L.], v. 2016, n. 4, p. 1-95, 28 abr. 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd004667.pub5>

SCARF, Vanessa L *et al.* Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Midwifery**, [S.L.], v. 62, p. 240-255, jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>

STATA STATISTICAL SOFTWARE S, No Title. Release 17, Stata Corporation, College Station (TX), 2021

TEIXEIRA, Patrícia da Costa *et al.* Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar. **Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 261, p. 3607-3615, 1 fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.36489/nursing.2020v23i261p3607-3615>

TESSER, Charles Dalcanale *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 10, n. 35, p. 1-12, 24 jun. 2015. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)

THEME FILHA, Mariza Miranda Theme *et al.* Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the birth in brazil national research study, 2011/2012. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 194, p. 159-167, abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência**. 2007. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>

VESCOVI, Gabriela *et al.* Saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância: análise crítica de políticas públicas brasileiras. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. 525-537, out. 2022. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040502>

WHO (World Health Organization). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>

WHO (World Health Organization). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

WHO (World Health Organization). Compendium on respectful maternal and newborn care. Geneva: 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110939>

ZAMBALDI, Carla Fonseca *et al.* Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. **Comprehensive psychiatry** v. 50, n. 6, P. 503-9, 2009. <https://doi:10.1016/j.comppsy.2008.11.014>

Anexo I



City Escala de Trauma ao Nascimento

Este questionário contém perguntas sobre a sua experiência durante o nascimento do seu último bebê/bebê. Ele investiga possíveis eventos traumáticos que ocorreram durante (ou imediatamente após) o trabalho de parto e nascimento do seu bebê/bebê, e se você está experimentando sintomas que são relatados por algumas mulheres após o nascimento. Por favor, assinale as respostas que mais se aproximam da sua experiência.

Em que data o seu bebê/bebê nasceu?

Durante o trabalho de parto, nascimento e imediatamente após:		
Acreditou que você ou o seu bebê/bebê seriam gravemente feridos?	Sim	Não
Acreditou que você ou seu bebê/bebê iriam morrer?	Sim	Não

As próximas questões investigam sintomas que você pode ter experimentado. Por favor, indique com que frequência experimentou os seguintes sintomas na última semana:

Sintomas relacionados ao nascimento*	Nunca	Uma vez	2 a 4 vezes	5 ou mais vezes
Memórias indesejadas recorrentes sobre o nascimento (ou partes do nascimento) que não consegue controlar.				
Sonhos maus/ruins ou pesadelos sobre o nascimento (ou relacionados ao nascimento).				
<i>Flashbacks</i> do nascimento e/ou sensação de estar a reviver a experiência.				
Ficar chateada quando se lembra do nascimento.				
Sentir-se tensa ou ansiosa quando se lembra do nascimento.				
Tentar evitar pensar sobre o nascimento.				
Tentar evitar coisas que a lembram do nascimento (por exemplo: pessoas, lugares, programas de TV).				
Não conseguir lembrar detalhes do nascimento.				
Culpar a si mesma ou a outras pessoas pelo que aconteceu durante o nascimento.				
Sentir fortes emoções negativas relacionadas ao nascimento (por exemplo: medo, raiva, vergonha).				

* Embora essas questões se refiram ao nascimento, muitas mulheres têm sintomas relacionados a eventos que aconteceram logo antes ou após o nascimento. Se este for o seu caso e os eventos estiverem relacionados à gravidez, nascimento ou ao bebê/bebê, por favor, responda de acordo com esses eventos.

Sintomas que começaram ou pioraram desde o nascimento:	Nunca	Uma vez	2 a 4 vezes	5 ou mais vezes
Sentir-se mal consigo mesma ou pensar que algo terrível irá acontecer.				
Perder o interesse em atividades que eram importantes para si.				
Sentir-se desconectada/distante de outras pessoas.				
Não conseguir sentir emoções positivas (por exemplo: felicidade, animação).				
Sentir-se irritável ou agressiva.				
Sentir-se autodestrutiva ou agir de modo imprudente.				
Sentir-se tensa e no limite.				
Sentir-se apreensiva ou facilmente assustada.				
Problemas de concentração.				
Não dormir bem por causa de coisas que não têm relação com o padrão de sono do bebê/bebé.				
Sentir-se desconectada/distante ou como se estivesse num sonho.				
Sentir que as coisas estão distorcidas ou não são reais.				

Se tem qualquer um desses sintomas:

Quando esses sintomas começaram?	
Antes do nascimento.	
Nos primeiros 6 meses após o nascimento.	
Mais de 6 meses após o nascimento.	
Não se aplica (Eu não tenho nenhum sintoma).	

Quanto tempo duram esses sintomas?	
Menos de 1 mês.	
Entre 1 e 3 meses.	
3 meses ou mais.	
Não se aplica (Eu não tenho nenhum sintoma).	

Esses sintomas causam-lhe muito sofrimento?	Sim	Não	Algumas vezes
Eles impedem que faça coisas que normalmente fazia (por exemplo: estar com as pessoas, realizar suas atividades diárias)?	Sim	Não	Algumas vezes
Alguns desses sintomas poderia ser causado por medicamentos, álcool, drogas ou doença física?	Sim	Não	Talvez

Obrigado(a) por responder este questionário.

Anexo II

BLOCO III - MAUS-TRATOS NAS CASAS DE PARTO/HOSPITAL (VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA)

"Algumas mulheres nos dizem que quando recebem atendimento nas casas de parto/hospitais são maltratadas ou desrespeitadas durante a internação para o parto. Por isso gostaríamos de ouvir como foi o tratamento que você recebeu na casa de parto/hospital. Não existem respostas certas ou erradas para estas perguntas. Queremos apenas conhecer a sua experiência."

ABUSOS VERBAIS

Durante sua estadia nessa casa de parto/hospital, em algum momento, você passou por alguma das seguintes situações:

7. Algum profissional de saúde ou outro funcionário gritou ou berrou com você?

- Não
 Sim
 Não sabe/não quer responder

8. Te ofendeu ou xingou?

- Não
 Sim
 Não sabe/não quer responder

19. Falou em um tom de reprovação ou fez expressões faciais que te deixaram desconfortável?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
20. Bufou/resmungou com você durante o tempo que ficou no hospital?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
21. Algum profissional de saúde ou outro funcionário da casa de parto/hospital perguntaram insistentemente se você tinha tirado o bebê ou ficaram te tratando como suspeita?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
22. Disseram que você tinha cometido um crime e que iriam te denunciar para a polícia?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
23. Mostraram os restos do feto e te falaram algo como olha o que você fez?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
24. Te agrediu verbalmente de alguma outra forma?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
25.4. Conte o que aconteceu:	_____
"Nos casos em que você marcou "sim" para algumas das perguntas acima:"	<input type="radio"/> Desde quando você deu entrada no hospital até o bebê nascer <input type="radio"/> Desde que o bebê nasceu até tua alta <input type="radio"/> Ambos <input type="radio"/> Não sabe/desconhece
25.1. Quando isso aconteceu?	
25.2. Quem te fez isto? (Pode ter mais de uma resposta)	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermagem/obstetiz <input type="checkbox"/> Estudantes <input type="checkbox"/> Outros funcionários (limpeza, administração, entre outros) <input type="checkbox"/> desconhecido
ABUSOS FÍSICOS	
Durante sua estadia nessa casa de parto/hospital, em algum momento, você passou por alguma das seguintes situações:	
26. Algum profissional de saúde ou outro funcionário da casa de parto/hospital beliscou você?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
27. Te deu um tapa ou soco?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder

28. Te deu um chute?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
29. Algum profissional de saúde ou outro funcionário te bateu com algum objeto?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
30. Te amordaçou ou colocou a mão na sua boca para impedir você de falar ou fazer qualquer barulho?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
31. Te segurou à força, enforcou ou te amarrou na cama?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
32. Algum profissional de saúde ou outro funcionário da casa de parto/hospital te agrediu fisicamente de alguma outra forma?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
32.4. Conte o que aconteceu:	_____
"Nos casos em que você marcou "sim" para algumas das perguntas acima:"	<input type="radio"/> Desde quando você deu entrada no hospital até o bebê nascer <input type="radio"/> Depois que o bebê nasceu até a alta <input type="radio"/> Ambos <input type="radio"/> Não sabe/desconheço
32.1. Quando isso aconteceu?	
32.2. Quem te fez isto? (Pode ter mais de uma resposta)	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermagem/obstetiz <input type="checkbox"/> Estudantes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Não sabe

Estigma e discriminação

Durante sua estadia nessa casa de parto/hospital, em algum momento, você passou por alguma das seguintes situações:

33. Algum profissional de saúde ou outro funcionário da casa de parto/hospital fez comentário negativos sobre a sua raça, cor de pele ou cultura?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
34. Fez algum comentário negativo sobre sua religião?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
35. Fez algum comentário negativo sobre sua idade? Por exemplo , ser muito nova ou muito velha	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder

36. Algum profissional de saúde ou outro funcionário fez algum comentário negativo sobre você ter ou não um companheiro?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
37. Fez comentários negativos sobre sua escolaridade ou situação financeira?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
38. Fez comentários negativos considerando a sua situação de saúde (como ter diabetes, hipertensão, obesidade, covid, sífilis, ou outros problemas de saúde)?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
"Nos casos em que você marcou "sim" para algumas das perguntas acima:"	<input type="radio"/> Desde quando você deu entrada no hospital até o bebê nascer <input type="radio"/> Desde o bebê nascer até tua alta <input type="radio"/> Ambos <input type="radio"/> Não sabe/desconhece
39.1. Quando isto aconteceu?	
39.2. Quem te fez isto? (Pode ter mais de uma resposta)	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermagem/obstetiz <input type="checkbox"/> Estudantes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> desconhecido

NEGLIGÊNCIA

Durante sua estadia nessa casa de parto/hospital, em algum momento, você passou por alguma das seguintes situações:

40. Você se sentiu ignorada pelos profissionais de saúde ou outros funcionários?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
41. Você se sentiu abandonada pelos profissionais de saúde ou outros funcionários?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
42. Você sentiu que sua presença era um incômodo para os profissionais de saúde ou outros funcionários?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder
43. Durante sua estadia na casa de parto/hospital você precisou esperar por longos períodos de tempo antes de ser atendida por um profissional de saúde?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/não quer responder

TOQUES VAGINAIS

"Durante o trabalho de parto e o próprio parto, exames vaginais são frequentemente realizados nas mulheres. Gostaríamos de saber se:"

44. O profissional de saúde explicou a você por que o exame vaginal era necessário?

- Não
 Sim
 Não sabe/não quer responder

45. O profissional de saúde pediu sua permissão antes de fazer o exame vaginal?

- Não
 Sim
 Não sabe/não quer responder

46. Os exames vaginais foram feitos de forma privada/com privacidade (de um jeito que outras pessoas não pudessem ver)?

- Não
 Sim
 Não sabe/não quer responder

46.1 Os exames vaginais foram feitos repetidas vezes e por múltiplos profissionais de um jeito que te deixou incomodada?

- Não
 Sim
 Não sabe/não quer responder

46.2 Os exames vaginais foram feitos de forma agressiva ou dolorosa?

- Não
 Sim
 Não sabe/não quer responder

47. Algum profissional de saúde ao dar ponto em sua vagina, deu um ponto extra, ou "ponto do marido" para deixar sua vagina menor?

- Não
 Sim
 Não sabe/não quer responder

Anexo III



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Nascer nas Casas de Parto do Brasil

Pesquisador: Silvana Granado Nogueira da Gama

Área Temática: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

Versão: 4

CAAE: 47231021.0.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: City, University of London

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.192.349

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se à análise das respostas às pendências apresentadas no parecer consubstanciado do CEP/ENSP de número 5.147.827, de 06 de Dezembro de 2021, que teve como finalidade apresentar as recomendações apontadas no parecer consubstanciado da CONEP de número 5.140.965, de 03 de Dezembro de 2021.

Projeto de Silvana Granado Nogueira da Gama, com financiamento da City, University of London, no valor de R\$ 202.435,20.

Constam na equipe de pesquisa (em ordem alfabética): Ana Cynthia Paulin Baraldi, Ana Paula Esteves Pereira, Bruna Dias Alonso, Gisele Almeida Lopes, Jamile Claro de Castro Bussadori, Leonor Ramos Pinheiro, Maria do Carmo Leal, Maria Lúcia Gonzalez Resco, Mariza Miranda Thame Filha, Nágela Cristine Pinheiro Santos, Nathalia Leister, Nayara Ruiz Cintra, Pamela Vicente Nakazono e Rafaela Maria de Araujo dos Santos.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, os objetivos da pesquisa são:



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ

Continuação do Parecer: 5.192.349

***Objetivo Primário:**

Avaliar a assistência ao parto e nascimento nos Centro de Parto Normal peri-hospitalares do Brasil

Objetivo Secundário:

Comparar a assistência ao parto e nascimento nos Centro de Parto Normal peri-hospitalares com assistência nos hospitais

Avaliar o perfil socioeconômico, clínico e obstétrico das mulheres admitidas para parto nos CPNp

Avaliar a estrutura dos CPNp para a assistência ao parto e nascimento (de acordo com Brasil, 2008, 2015)

Avaliar a assistência pré-natal - via caderneta da gestante - segundo recomendações da Rede Cegonha e da Organização Mundial de Saúde

Analisar a assistência pré-natal - via caderneta da gestante - e associar com os desfechos maternos e infantis

Avaliar a assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto segundo os indicadores de assistência de CPN (de acordo com Brasil, 2015) e associar com desfechos maternos e infantis

Avaliar a assistência ao recém-nascido e associar com desfechos infantis

Analisar as interferências durante o trabalho de parto e parto em relação aos desfechos maternos e infantis

Analisar desfechos maternos e infantis de acordo com o tipo de parto

Analisar a satisfação da mulher com o atendimento recebido durante o pré-parto, parto e pós-parto e com o atendimento prestado ao recém-nascido

Avaliar os motivos e desfechos das transferências maternas (intra e pós-parto) e neonatais para os hospitais de referência

Avaliar os eventos neonatais adversos (hatimorto, morte neonatal precoce, encefalopatia neonatal, síndrome de aspiração meconial, lesão de plexo-braquiial e fratura de úmero ou clavícula)

Avaliar os fatores associados ao aleitamento materno (início, duração e exclusividade) durante a internação e nos primeiros meses de vida (dois e quatro meses após o parto) Estimar a taxa de reinternação da mulher e da criança nos primeiros meses após o parto e os seus fatores associados

Analisar os desfechos e os fatores associados a saúde mental pós-parto - ansiedade, depressão pós-parto (DPP) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) aos dois e quatro meses após o parto

Identificar desigualdades raciais, desrespeito e abusos na assistência obstétrica e a associação

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênego
Bairro: Mangueiras CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-2853 Fax: (21)2556-2853 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página 01 de 14

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênego
Bairro: Mangueiras CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-2853 Fax: (21)2556-2853 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página 02 de 14



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ

Continuação do Parecer: 5.192.349

Outros	Financiamento_1.pdf	16/07/2021 06:29:18	Nathalia Leister	Acerto
Declaração de concordância	Modificado_Anuencia_CPnp_Marieta.pdf	16/07/2021 06:25:20	Nathalia Leister	Acerto
Outros	Anuencia_Hospital_Francisco_Magalhaes_4.pdf	25/05/2021 12:28:53	Nathalia Leister	Acerto
Outros	CPNp_Sapopemba.pdf	25/05/2021 11:23:20	Nathalia Leister	Acerto
Outros	Entrevista_Presencial_Transferencias.pdf	25/05/2021 11:29:43	Nathalia Leister	Acerto
Outros	Entrevistas_Telefonicas.pdf	25/05/2021 11:23:08	Nathalia Leister	Acerto
Outros	Entrevista_Presencial.pdf	25/05/2021 11:21:56	Nathalia Leister	Acerto
Outros	Prontuario.pdf	20/05/2021 06:29:35	Nathalia Leister	Acerto
Outros	Estrutura.pdf	20/05/2021 05:29:14	Nathalia Leister	Acerto
Outros	Caderneta_da_Gestante.pdf	20/05/2021 05:28:49	Nathalia Leister	Acerto
Outros	Anuencia_Hospital_Marista.pdf	20/05/2021 05:26:53	Nathalia Leister	Acerto
Outros	Anuencia_Hospital_Campo_Limpo.pdf	19/05/2021 04:58:03	Nathalia Leister	Acerto
Outros	Anuencia_CPnp_e_hospital_Sofia_Foid_mga.pdf	12/05/2021 12:06:50	Nathalia Leister	Acerto
Outros	Anuencia_CPnp_Sao_Sebastiao.pdf	10/05/2021 07:44:08	Nathalia Leister	Acerto
Outros	Anuencia_CPnp_Faudalho.pdf	10/05/2021 07:43:53	Nathalia Leister	Acerto
Outros	Anuencia_CPnp_Casa_Angela.pdf	10/05/2021 07:43:30	Nathalia Leister	Acerto
Orçamento	Orçamento.pdf	10/05/2021 06:31:17	Nathalia Leister	Acerto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênego
Bairro: Mangueiras CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-2853 Fax: (21)2556-2853 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página 10 de 14



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ

Continuação do Parecer: 5.192.349

RIO DE JANEIRO, 04 de Janeiro de 2022

Assinado por:
Jemiller Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênego
Bairro: Mangueiras CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-2853 Fax: (21)2556-2853 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página 11 de 14

Anexo IV

Link de acesso:
https://www.canva.com/design/DAGvbiK_L1E/zIr1YPZmoO9GR_Ge2IMoNw/edit?utm_content=DAGvbiK_L1E&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

Guia de rastreamento da saúde mental no pré-natal e/ou pós parto

O objetivo deste guia é oferecer ferramentas práticas e reunir evidências que auxiliam no rastreamento da saúde mental de mulheres no pré-natal e pós-parto, promovendo uma abordagem integral e humanizada no cuidado perinatal.

Motivos para realizar o rastreamento:

Atender demandas reais pode favorecer o vínculo com o cuidador.

Qualificar o atendimento pré-natal e pós-parto.

Ao descobrir as demandas, as ofertas podem ser direcionadas corretamente.

Pessoas com histórico de problemas psicológicos podem apresentar um agravamento destas condições após o parto⁽⁹⁾.

O adoecimento mental atinge uma em cada quatro mulheres após o parto, no Brasil⁽⁹⁾.





Dica: As escalas podem ser adaptadas para aplicação em grupo ou jogos.

Referências

1 - SANTOS, Leticia Lima dos; NASCER NAS CASAS DE PARTO DO BRASIL: PANORAMA DE SAÚDE MENTAL PERINATAL, 2025.

2 - THEME FILHA, Mariza Miranda Theme et al. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the birth in brazil national research study, 2011/2012. *Journal Of Affective Disorders*, [S.L.], v. 194, p. 159-167, abr. 2016.

[Http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020](http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020)