Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Mariana Vilas Boas Cachez

O Papel da Depressão Pós-parto na Perceção de Vinculação em Mulheres com Experiência(s) de Violência Obstétrica

junho de 2025

O Papel da Depressão Pós-Parto na Perceção de Vinculação em Mulheres com Experiência(s) de Violência Obstétrica
Mariana Cachez
UMinho |

Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Mariana Vilas Boas Cachez

O Papel da Depressão Pós-Parto na Perceção de Vinculação em Mulheres com Experiência(s) de Violência Obstétrica

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Psicologia da Justiça

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Mariana Adelaide Vieira Gonçalves Costa

junho de 2025

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada. Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho:



Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual

CC BY-NC-SA

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Agradecimentos

A presente dissertação representa não só o culminar de um percurso académico, como também o reflexo de um processo profundamente pessoal e transformador, que não teria sido possível sem o contributo de várias pessoas a quem manifesto a minha mais sincera gratidão.

À Professora Doutora Mariana Gonçalves, expresso o mais profundo agradecimento pela sua disponibilidade constante, encorajamento e orientação rigorosa desde o momento em que integrei a sua equipa de investigação. A sua competência, aliada à empatia e sensibilidade que sempre demonstrou, foram determinantes para a realização desta investigação.

À minha família, em especial, aos meus pais, agradeço pelo amor incondicional, pelo apoio permanente e pela confiança inabalável que sempre depositaram em mim e nas minhas capacidades. Sem o vosso suporte, não seria a pessoa que sou hoje, nem teria sido possível concretizar este percurso.

Aos meus amigos, reitero o meu genuíno agradecimento por estarem sempre disponíveis para me escutar, pelas palavras motivadoras nos momentos mais difíceis e pela companhia constante, que foi fundamental para atenuar o peso e exigência desta etapa. A vossa presença foi, sem dúvida, a luz que me guiou nos dias mais árduos.

Por último, agradeço a mim mesma. Pelo compromisso, pela persistência e pela coragem de continuar, mesmo quando o caminho se revelou mais desafiante.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 16 de junho de 2025

Assinado por: **Mariana Vilas Boas Cachez**
Num. de Identificação: 14921741
Data: 2025.06.16 18:04:09 +0100

_____

O Papel da Depressão Pós-parto na Perceção de Vinculação de Mulheres com Experiência(s) de Violência Obstétrica

Resumo

A violência obstétrica refere-se a ações ou omissões praticadas por profissionais de saúde durante a gestação, parto, pós-parto ou aborto, que causam sofrimento físico, psicológico e/ou emocional. A literatura tem associado a violência obstétrica a prejuízos na saúde mental perinatal e na qualidade de vinculação materno-infantil. Assim, esta dissertação teve como objetivo principal compreender a relação entre a violência obstétrica, a depressão pós-parto e a perceção da vinculação materno-infantil pela progenitora, avaliando, adicionalmente, o possível papel mediador da depressão pós-parto. Participaram 194 mulheres com experiência(s) de gravidez e/ou tratamento(s) de fertilidade, tendo sido adotada uma abordagem metodológica quantitativa, de natureza transversal, com recurso a questionários de autorrelato. Os resultados evidenciaram uma prevalência de 68.0% de violência obstétrica e 62.4% de depressão pós-parto. A exposição à violência obstétrica associou-se a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva no pós-parto e a uma perceção menos positiva da vinculação. Tipologias como "Cuidados Não Consentidos", "Cuidados Não Confidenciais" e "Abuso Emocional" revelaram-se especialmente prejudiciais. Verificou-se, ainda, que a depressão pós-parto funciona como variável mediadora da relação entre a violência obstétrica e a perceção da vinculação, sugerindo que o impacto da violência obstétrica na relação mãe-bebé pode ser parcialmente explicado pelo sofrimento psicológico materno. Estes resultados sublinham a urgência de cuidados obstétricos humanizados e rastreios sistemáticos de saúde mental no pós-parto, que permitam uma intervenção precoce e integrada.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Depressão pós-parto; Saúde mental no pós-parto; Vinculação materno-infantil; Cuidados obstétricos.

The Role of Postpartum Depression in the Perception of Attachment among Women with Experience(s) of Obstetric Violence

Abstract

Obstetric violence refers to actions or omissions practiced by healthcare professionals during pregnancy, childbirth, postpartum or abortion that cause physical, psychological or emotional suffering. Previous studies have linked obstetric violence to impairments in postpartum mental health and the quality of the mother-infant attachment. Therefore, this dissertation aimed to understand the relationship between obstetric violence, postpartum depression and the mother's perception of the mother-infant attachment, further assessing the potential mediating role of postpartum depression. A total of 194 women with experience(s) of pregnancy and/or fertility treatment(s) participated in this study, which adopted a quantitative, cross-sectional methodological approach, using self-report questionnaires. The results indicated a prevalence of 68.0% for obstetric violence and 62.4% for postpartum depression. Exposure to obstetric violence was associated with higher levels of postpartum depressive symptoms and a less positive maternal perception of the mother-infant attachment. Specifically, “Non-Consented Care”, “Non-Confidential Care” and “Emotional Abuse” were found to be particularly harmful. Furthermore, postpartum depression was shown to mediate the relationship between obstetric violence and the perception of the mother-infant attachment, suggesting that the impact of obstetric violence on the mother-infant relationship may be partially explained by maternal psychological distress. These results highlight the urgent need for humanized obstetric care and systematic postpartum mental health screenings, enabling an early and integrated intervention.

Keywords: Obstetric violence; Postpartum depression; Postpartum mental health; Mother-infant attachment; Obstetric care.

Índice

O Papel da Depressão Pós-parto na Perceção de Vinculação de Mulheres com Experiência(s) de Violência Obstétrica 9
Definição, Tipologias e Prevalência da Violência Obstétrica 9
Relação entre Depressão Pós-Parto e Vinculação Materno-Infantil 11
Estado da Arte em Portugal 13
Objetivos 14
Metodologia 15
Participantes 15
Instrumentos 18
Procedimentos 19
Estratégia de Análise de Dados 20
Resultados 21
Prevalência e Tipologias de Violência Obstétrica, Depressão Pós-parto e Vinculação 21
Violência Obstétrica em Função dos Fatores Sociodemográficos 22
Sintomatologia Depressiva em Função da Experienciação de Violência Obstétrica e das suas Tipologias 24
Perceção da Vinculação Materno-infantil em Função da Experienciação de Violência Obstétrica e das suas Tipologias 25
Efeito Mediador da Sintomatologia de Depressão Pós-parto entre a(s) Experiência(s) de Violência Obstétrica e a Perceção da Vinculação Materno-infantil 26
Discussão 28
Implicações Práticas 32
Conclusão 33
Referências 34

Índice de Tabelas

Tabela 1: Características Sociodemográficas das Participantes 16
Tabela 2: Prevalência e Tipologias de Violência Obstétrica, Depressão Pós-parto e Vinculação 21
Tabela 3: Violência Obstétrica em Função dos Fatores Sociodemográficos 22
Tabela 4: Sintomatologia Depressiva em Função da Experienciação de Violência Obstétrica e

das suas Tipologias 24
Tabela 5: Perceção da Vinculação Materno-infantil em Função da Experienciação de Violência Obstétrica e das suas Tipologias 26
Tabela 6: Correlação entre a Violência Obstétrica, a Depressão Pós-parto e a Perceção da Vinculação Materno-infantil 27
Tabela 7: Efeito Mediador da Depressão Pós-parto entre a(s) Experiência(s) de Violência Obstétrica e a Perceção da Vinculação Materno-infantil 27

O Papel da Depressão Pós-parto na Perceção de Vinculação de Mulheres com Experiência(s) de Violência Obstétrica

Definição, Tipologias e Prevalência da Violência Obstétrica

De acordo com Salazar-Vélez et al. (2024), a violência obstétrica (VO) pode ser definida como qualquer ação ou omissão por parte de profissionais de saúde que resulte em dano físico ou psicológico na mulher durante a gravidez, no parto ou no período pós-parto. Este termo foi utilizado pela primeira vez pelo Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, um dos primeiros países da América Latina a estabelecer regulamentação sobre esta tipologia de violência (Mariani e Neto, 2016). Atendendo ao nº13 do artigo 15 da *Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência,* de 23 de abril de 2007, (Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela, 2007, pp. 9), a VO é concetualizada como uma forma de violência de género contra as mulheres, sendo definida pela "*apropriação do corpo e processos reprodutivos femininos pelos profissionais de saúde, expressando-se através de tratamento desumanizador, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente acerca do próprio corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres*".

A literatura indica que tais práticas podem contemplar o abuso físico durante o parto, através de comportamentos como beliscar, bofetear, amordaçar, imobilizar ou realizar "toques brutos" à mulher, assim como abuso físico no pós-parto, podendo apontar-se a execução de suturas em rasgos vaginais ou cortes de episiotomias sem recurso a anestésicos; abuso verbal, identificando-se condutas como julgar, culpabilizar, ameaçar, gritar, humilhar e usar linguagem rude ao abordar a grávida; a consumação de tratamentos médicos não consentidos, como episiotomias, cesarianas ou até mesmo esterilização; escassez de confidencialidade, mais especificamente a veiculação de informação sensível acerca da mulher e a concretização do parto em locais com pouca privacidade; incapacidade por parte da equipa médica de atender aos padrões profissionais de tratamento, perpetuando examinações físicas e procedimentos dolorosos, não considerando a pertinência do consentimento informado e abandonando ou negligenciando a grávida durante o parto; relacionamento pobre entre as mulheres e os profissionais de saúde, destacando-se a ineficácia da comunicação, a falta de suporte e a perda de autonomia da grávida sobre o

próprio corpo; detenção da grávida e do recém-nascido nas instalações de saúde, geralmente devido à impossibilidade da mesma assegurar os custos dos serviços fornecidos; e condutas discriminatórias e estigmatizantes por parte dos profissionais devido à etnia/raça, nível socioeconómico, nível de educação, idade e condições médicas da mulher (Bohren et al., 2015; Bowser e Hill, 2010).

Têm sido identificados na literatura alguns fatores que aumentarem a suscetibilidade para a experienciação de VO, particularmente certas características sociodemográficas da progenitora, como idade entre os 36 e os 55 anos; etnia não caucasiana; nível de educação elevado; habitar numa área urbana; estatuto socioeconómico inferior; estado civil, nomeadamente estar solteira, viúva ou divorciada; e uniparidade (ser mãe pela primeira vez). Adicionalmente, outros aspetos associados com o parto também parecem exacerbar a vulnerabilidade para VO, designadamente a tipologia (parto vaginal assistido e cesariana não planeada) e a instalação (em especial, hospitais) em que o mesmo é realizado (Arias Fuentes et al., 2022; Castro & Frias, 2020; Siraj et al., 2019; Vedam et al., 2019).

Atendendo ao supramencionado, seria de esperar, portanto, que países com menor poder económico reportassem uma maior prevalência de VO, enquanto países industrializados, por deterem mais recursos monetários, conseguiriam proporcionar cuidados obstétricos mais humanizados às utentes. Não obstante, tal não se verifica, tendo várias investigações vindo a comprovar que a VO constitui um problema de dimensões globais. Num estudo de Bohren et al. (2019), concluiu-se que, em três países africanos e um asiático, esta problemática alcançou uma prevalência média de 35.4%. Por sua vez, no continente americano, o México apresenta taxas entre os 29.0%-33.0% (Castro e Frias, 2020), o Brasil de 12.6% (Lansky et al., 2019) e os Estados Unidos de 17.3% (Vedam et al., 2019). Também na Europa, um estudo conduzido em seis países indicou que uma em cada cinco grávidas a receber cuidados pré-natais é exposta a VO (Lukasse et al.,2015).

Inclusive, noutra investigação levada a cabo por Lazzerini et al. (2022), em 12 países da região europeia da OMS, Portugal exibe resultados preocupantes, sendo o país com maiores taxas de partos vaginais instrumentalizados (mais especificamente, sem requerer o consentimento prévio da progenitora para a sua execução) e da realização da manobra de *Kristeller* (aplicação de pressão no fundo do útero). Este estudo sugeriu, igualmente, que Portugal é o quarto país em que as mulheres mais relatam sentir um tratamento sem

dignidade durante o parto, assim como falta de envolvimento nas escolhas, de apoio emocional e de liberdade de movimento no decorrer do mesmo.

Todavia, a discussão e reconhecimento da VO ainda é escasso, constituindo uma temática relativamente vetada entre os profissionais de saúde e as mulheres. Os desequilíbrios de poder existentes na relação entre estes dois intervenientes aliados à falta de conhecimento no que toca aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres fazem com que, por um lado, os profissionais não adotem práticas mais apropriadas e, por outro, com que as mulheres se subjuguem a um tratamento desadequado, não dando voz ao seu descontentamento (Lansky et al., 2019).

Os efeitos negativos da violência obstétrica na saúde mental materna não são, contudo, desconhecidos. Salazar-Vélez et al. (2024) traçam uma relação negativa entre esta problemática e o bem-estar psicológico materno. Do mesmo modo, Silva-Fernandez et al. (2023) demonstram, através de uma revisão sistemática, que mulheres sujeitas a VO durante o período pré-natal, no parto e/ou no pós-parto possuem expetativas e competências negativas relativamente à maternidade, o que, consequentemente, aumenta o seu risco para o desenvolvimento de perturbações mentais como depressão pós-parto (DPP) e perturbação de stress pós-traumático (PSPT).

Relação entre Depressão Pós-Parto e Vinculação Materno-Infantil

A DPP apresenta sintomatologia semelhante a um episódio depressivo major, desde humor negativo, perda de interesse, baixa energia, culpa exacerbada, perturbações do sono, perturbações cognitivas, perda de apetite e/ou pensamentos suicidas ou negativos acerca de si mesmo (Switalska e Webner, 2021), tendo início, de acordo com o DSM-5-TR, durante a gravidez ou nas 4 semanas após o parto. Cerca de 50.0% dos casos de DPP têm origem antes do parto (American Psychiatric Association, 2022). Atendendo a uma meta-análise de Liu et al. (2022), a prevalência generalizada de depressão pós-parto ronda os 14.0%, variando entre os 5.0% e 26.32%. Países em desenvolvimento apresentam valores mais acentuados (15.0%) comparativamente aos países desenvolvidos (12.0%).

Determinadas condutas potenciadoras de VO, como a qualidade dos cuidados pré-natais, o tipo de parto realizado (instrumentado ou cesariana), coerção informal ou negligência por parte dos profissionais de saúde, insatisfação com os cuidados médicos prestados ao recém-nascido e impedimento de apoio social por parte de um parceiro durante o parto são

apontados como fatores que podem conduzir ao desenvolvimento de DPP. Entre as características da progenitora, idade inferior a 20 anos, níveis socioeconómico e de educação reduzidos, núcleo familiar mais abrangente (especialmente multiparidade) e histórico prévio de depressão foram identificados como fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de DPP (Silva-Fernandez et al., 2023). Tem-se vindo a constatar que a depressão pós-parto afeta negativamente a vinculação materno-infantil, visto que as mães são menos sensíveis a sinais transmitidos pela criança (Switalska e Webner, 2021), providenciam menos proximidade e envolvimento emocional e tendem a demonstrar períodos de amamentação com duração inferior (Slomian et al., 2019).

De acordo com a Teoria da Vinculação de Bowlby (1969), a qualidade do vínculo estabelecido entre uma criança e a progenitora em estádios precoces molda as expectativas da criança acerca de si mesma e acerca da disponibilidade e responsividade da mãe. Estas expectativas, por sua vez, são internalizadas e afetam a forma como a criança cria e mantém outros relacionamentos próximos no futuro. Deste modo, uma mãe responsiva, sensível e sintonizada com as necessidades da criança garante a proteção física e mental necessária para que a mesma se sinta apta e salvaguardada para explorar o meio envolvente, potenciando a autonomia e a construção de relacionamentos seguros no futuro (Bretherton, 1997).

Contrariamente, numa mãe com DPP, a sensibilidade desta para atender aos sinais e necessidades expressas pela criança encontra-se deficitária, comprometendo a qualidade do vínculo materno-infantil (Binda et al., 2019). De acordo com Switalska e Webner (2021), progenitoras com DPP tendem a demonstrar estilos de vinculação inseguros (e.g., *fearful-avoidant; anxious-preoccupied; dismissive-avoidant*) e a experienciar níveis mais elevados de raiva, rejeição e ansiedade associados ao cuidado da criança, resultando não só numa maior dificuldade para construir um vínculo afetivo com a mesma, como numa maior propensão para adotarem comportamentos abusivos.

De facto, num estudo conduzido por de Souza et al. (2024), constatou-se que a DPP atua como uma variável mediadora entre a exposição da progenitora, ao longo da vida e durante a última gravidez, a violência física, psicológica e/ou sexual (independentemente do contexto em que a mesma ocorra) e a qualidade do vínculo materno-infantil. Mais especificamente, esta investigação revelou que experiência(s) de violência vivenciadas pela progenitora aumentam o risco de depressão pós-parto até 30.0%, o que, por sua vez, compromete a qualidade do vínculo materno-infantil até 37.0%. Deste modo, denota-se a

importância de mitigar práticas de VO como uma forma de salvaguardar não só a saúde mental da progenitora, mas também a sua capacidade para responder adequadamente às necessidades da criança e de estabelecer um vínculo seguro com a mesma.

Estado da Arte em Portugal

No contexto português, o reconhecimento da violência obstétrica no que concerne ao enquadramento legal, bem como a compreensão das suas consequências na saúde mental materna no pós-parto e na perceção da vinculação materno-infantil pela progenitora, no domínio académico, é ainda muito rudimentar, evidenciando-se lacunas não só na legislação, como também na investigação.

Não obstante, a Lei 110/2019, de 9 de setembro, da Constituição Portuguesa "*estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério*" delineando, portanto, alguns parâmetros a ser respeitados pelos profissionais de saúde ao atuarem junto destas populações (Assembleia da República de Portugal, 2019, pp. 94). Adicionalmente, convém destacar que, a 14 de março de 2025, foi aprovada a Lei 33/2025, de 31 de março, representando um avanço significativo para o reconhecimento desta problemática em Portugal. Esta lei integra, pela primeira vez, uma definição legal do conceito de VO, impõe a obrigatoriedade de justificação de todos os atos médicos e/ou de enfermagem realizados durante o parto e prevê sanções para as instituições e profissionais de saúde que recorram a episiotomias de rotina ou outras práticas desnecessárias (Assembleia da República de Portugal, 2025).

Leite (2023), na sua tese de mestrado, engloba as experiências de VO no contexto português em cinco domínios centrais, salientando-se a pobre qualidade da relação entre a progenitora e os prestadores de cuidado (o que promove perda de autonomia da mulher sobre o próprio corpo, comunicação ineficaz e falta de apoio, nomeadamente impessoalidade nas abordagens por parte dos profissionais de saúde); falhas nos padrões de cuidado dos profissionais (particularmente falta de consentimento informado, atitudes inadequadas por parte da equipa nos procedimentos e exames físicos, negligência médica e abandono); abuso físico (abarcando condutas como uso da manobra de *Kristeller* e violação dos limites corporais da mulher); abuso verbal (ameaças, acusações e linguagem ofensiva) e, por último, discriminação e estigmatização (designadamente devido à nacionalidade).

Também Vieira (2023) reportou outras adversidades, desde escassez de informação acerca dos procedimentos médicos, falta de assistência no controlo da dor e tempo de espera prolongado. Neste mesmo estudo, com uma amostra constituída por 73 participantes, 45.5% relataram já ter sido vítimas de VO, enquanto 54.5% o negaram. Estas prevalências mostram-se díspares atendendo à investigação de Brito e Costa (2023), na qual apenas 33.3% das mulheres reportaram já ter experienciado VO, sendo que metade destas atribuiu a causa à sua identidade racial.

No que concerne às consequências da VO no bem-estar psicológico das mulheres, Leite (2023) descreve complicações como reações emocionais imediatas, medo/vulnerabilidade, culpa/revolta, sentimento de impotência e sintomatologia depressiva, particularmente sentimentos recorrentes de tristeza, isolamento e alterações no pensamento. Estes fatores podem, posteriormente, atuar como uma ponte para o desenvolvimento de depressão pós-parto, o que, por sua vez, poderá comprometer a vinculação materno-infantil.

Todavia, a insuficiência de estudos conduzidos em Portugal acerca destas temáticas impede a sua compreensão de forma integrada, persistindo, por isso, um conhecimento limitado quanto ao impacto da violência obstétrica no desenvolvimento de depressão pós-parto e às suas implicações na perceção da qualidade da vinculação materno-infantil. Posto isto, a relevância desta dissertação prende-se com o facto de contribuir para colmatar uma lacuna na literatura existente no contexto português, providenciando conhecimento científico acerca destas variáveis e das relações entre as mesmas. Por outro lado, a informação a adquirir através desta investigação também detém utilidade prática, no sentido em que poderá orientar as condutas dos profissionais de saúde, promovendo assim a difusão de cuidados obstétricos humanizados e sensíveis à violência, onde as necessidades, especificidades e preferências da mulher são asseguradas.

Objetivos

De acordo com a revisão de literatura previamente formulada, a presente dissertação tem como objetivo geral compreender a relação entre a(s) experiência(s) de violência obstétrica, a sintomatologia depressiva no pós-parto e a perceção da qualidade da vinculação materno-infantil. Já como objetivos específicos pretende-se: i) identificar os fatores sociodemográficos associados com a experienciação de VO; ii) determinar quais as tipologias de VO que se associam a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva no pós-parto e a

uma perceção menos positiva do vínculo materno-infantil; e iii) avaliar o papel mediador da depressão pós-parto na relação entre a(s) experiência(s) de violência obstétrica e a perceção da qualidade da vinculação materno-infantil por parte da progenitora.

Por sua vez, as hipóteses em estudo nesta investigação são: A idade materna, o nível de escolaridade, a situação conjugal e a origem étnica estão significativamente associados com a experienciação de violência obstétrica (H1); A experiência de violência obstétrica está associada a um aumento da sintomatologia depressiva no pós-parto (H2); A sintomatologia depressiva no pós-parto está associada a uma perceção menos positiva da qualidade de vinculação materno-infantil (H3); e a depressão pós-parto atua como uma variável mediadora na relação entre a(s) experiência(s) de violência obstétrica e uma perceção mais negativa da qualidade do vínculo materno-infantil (H4).

Metodologia

Participantes

A amostra do estudo foi constituída por 194 pessoas do sexo feminino, com idade igual ou superior a 16 anos, que já passaram por, pelo menos, uma gravidez e/ou foram sujeitas a um tratamento de fertilidade (Tabela 1).

As participantes tinham uma idade média de 35 anos (*M* = 34.7; *DP* = 6.98), sendo maioritariamente de nacionalidade cabo-verdiana (*n* = 103; 53.1%) ou portuguesa (*n* = 81; 41.8%). Relativamente ao estado civil, 64.9% (*n* = 126) das mulheres estavam casadas ou em união de facto, 34.1% (*n* = 61) estavam solteiras e 3.6% (*n* = 7) estavam divorciadas ou separadas.

No que respeita às habilitações literárias, a maioria das participantes reportaram ter completado o ensino superior (*n* = 146; 75.3%), sendo que 117 (60.3%) afirmaram ter uma licenciatura/ graduação, 24 (12.4%) um mestrado e cinco (2.6%) um doutoramento. Já no que concerne à situação face ao emprego, a maioria das participantes estava empregada (*n* = 171; 88.2%) e tinha um nível socioeconómico médio (*n* = 117; 60.3%). De 192 participantes, a maioria informou residir numa zona urbana (*n* = 148; 77.1%).

Todas as mulheres indicaram terem passado por, pelo menos, uma gravidez, contudo, apenas 8.2% (*n* = 16) mencionou ter sido sujeita a um tratamento de fertilidade. Ademais, somente duas mulheres (1.0%) relataram não ter passado por um parto, uma vez que sofreram um aborto espontâneo. Por fim, no que toca à saúde psicológica percebida, de 192

mulheres, somente 17 (8.9%) reportaram ter problemas de saúde mental.

Tabela 1.

Características Sociodemográficas das Participantes

Características Sociodemográficas	*M*	*DP*
Idade	34.7	6.98
Número de filhos	1.56	0.752
Número de elementos no agregado	3.63	1.17
Número de partos	1.96	1.07
Número de tratamentos de fertilidade	0.131	0.551
	n	*%*
Nacionalidade		
Cabo-verdiana	103	53.1
Portuguesa	81	41.8
Outra	10	5.2
Etnia		
Caucasiana	89	46.4
Negra	100	52.1
Outra	3	1.6
Estado Civil		
Casada	74	38.1
Solteira	61	31.4
União de facto	52	26.8
Divorciada	6	3.1
Separada	1	0.5
Habilitações Literárias		
Licenciatura/Graduação	117	60.3
Mestrado	24	12.4

Doutoramento	5	2.6
Ensino Secundário Regular (10.º ao 12.º ano)	22	11.3
Ensino Secundário Profissional (10.º ao 12.º ano)	17	8.8
3.º Ciclo do Ensino Básico (7.º ao 9.º ano)	6	3.1
2.º Ciclo do Ensino Básico (5.º e 6.º ano)	2	1.0
Outra	1	0.5
Emprego		
Empregada	171	88.2
Desempregada	22	11.3
Reformada	1	0.5
Estudante		
Sim	12	6.2
Não	182	93.8
Nível Socioeconómico		
Baixo	14	7.2
Médio-baixo	41	21.1
Médio	117	60.3
Médio-alto	22	11.3
Zona de Residência		
Urbana	148	77.1
Suburbana	22	11.5
Rural	22	11.5
História de Gravidez		
Sim	194	100
Não	0	-
História de Parto		
Sim	192	99.0
Não	2	1.0

História de Tratamentos de Fertilidade		
Sim	16	8.2
Não	178	91.8
História de Aborto		
Aborto Espontâneo	36	18.6
Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)	29	14.9
Problemas de Saúde Mental		
Sim	17	8.9
Não	175	91.1
Acompanhamento		
SNS	124	63.9
Privado	32	16.5
Ambos	36	18.6
Nenhum	2	1.0

Instrumentos

Questionário sociodemográfico – Foi aplicado um questionário sociodemográfico com o intuito de recolher as seguintes informações: idade, nacionalidade, etnia, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, nível socioeconómico, zona de residência, número de elementos no agregado familiar, história de parto, gravidez, tratamentos de fertilidade e aborto, problemas de saúde mental e local de acompanhamento médico.

Índice de Experiência de Maus-Tratos contra Pessoas Grávidas por Profissionais de Saúde (MIST; Vedam et al., 2019; Traduzido e adaptado para a população portuguesa por Gonçalves e Neiva, 2023) – Instrumento que pretende avaliar a prevalência de experiências de maus-tratos (ex., abuso físico, abuso verbal, abuso sexual, estigma e discriminação, falha em atender aos padrões profissionais de atendimento, mau relacionamento durante as interações com os profissionais de saúde e más condições apresentadas pelo sistema de saúde) perpetradas por profissionais de saúde para com mulheres gestantes no decurso do período gestacional e no pós-parto. É constituído por 10 questões de resposta dicotómica (Sim e Não), sendo que cada participante deve assinalar aquelas experiências que se aplicam

ao seu caso. Por se tratar de um inventário de comportamentos, não é possível avaliar a consistência interna.

Escala de Violência Obstétrica (González-de la Torre et al., 2020; Traduzida e adaptada para a população portuguesa por Gonçalves, 2023) – Instrumento formado por 14 itens, que avalia a perceção das mulheres acerca das próprias experiências de violência obstétrica nos períodos do parto e pós-parto. Cada item é cotado numa escala *likert* de 0 a 4 pontos (0 "Não descreve de todo o que aconteceu" a 4 "Isso definitivamente aconteceu comigo"), sendo que a pontuação total pode variar entre 0 e 52. Para esta amostra o instrumento apresenta uma consistência interna muito boa, com um *alfa de cronbach* de .87.

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS; Cox et al., 1987; Traduzida e adaptada para a população portuguesa por Gonçalves e Neiva, 2023) – Questionário que permite avaliar a presença de indicadores de sintomatologia depressiva (ex., ideação suicida, cansaço, insónia, perda de apetite, ganho de apetite, mau humor, bem-estar, pânico, ansiedade social, intrusões traumáticas, disforia e depressão geral) no período do pós-parto. É constituído por 10 itens cotados numa escala *likert* de 0 a 3 pontos (0 "Tanto como dantes" a 3 "Nunca"), sendo que a pontuação total pode variar entre 0 e 30. Uma pontuação total igual ou superior a 11 valores é indicativa da presença de DPP. Para esta amostra o instrumento apresenta uma consistência interna adequada, com um *alfa de cronbach* de .78.

Inventário de Perceção de Vinculação Materna (MAI; Boeckel et al., 2011; Traduzido e adaptado para a população portuguesa por Gonçalves, 2023) – Instrumento formado por 26 questões, que avalia quantitativamente a perceção de vinculação das mães com os seus filhos. É composto por dois fatores, sendo que um é referente à interação e afeto materno-infantil (ex., comportamentos de proximidade, carinho e envolvimento emocional) e outro à perceção da mãe relativamente à vinculação materno-infantil (ex., satisfação, confiança e reconhecimento das necessidades do filho). Cada item é cotado numa escala *likert* de 4 pontos (1 "Quase nunca" e 4 "Quase sempre"). Para esta amostra o instrumento apresenta uma consistência interna excelente, com um *alfa de cronbach* de .93.

Procedimentos

Esta dissertação foi primeiramente submetida para aprovação por parte da *Comissão de Ética para Investigação em Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Minho* (CEICSH 161/2023). A mesma apresentou uma abordagem quantitativa transversal e contou com uma

amostra não probabilística por conveniência, com um tamanho mínimo inicialmente proposto de 152 participantes, tal como calculado com recurso à ferramenta *GPower* para uma precisão de 95%, e um efeito de tamanho médio. A fim de recrutar as participantes, foram disseminados convites via email e através de outras redes sociais, como foram igualmente contactadas diversas instituições da sociedade civil com competência na matéria a abordar. Solicitou-se, em específico, a colaboração por parte do *Observatório de Violência Obstétrica*. Uma vez emitido um parecer positivo pela *CECSH*, deu-se início à recolha de dados, tendo esta sido efetuada num único momento durante os meses de janeiro e março de 2024, através da aplicação de um questionário online na plataforma *Qualtrics.*

Previamente ao preenchimento do questionário, as participantes foram devidamente informadas acerca dos objetivos e finalidades deste estudo. De seguida, foi-lhes apresentado o consentimento informado, no qual foi frisada a voluntariedade da participação e a possibilidade de desistência a qualquer momento, assim como assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados. Adicionalmente, foram esclarecidas possíveis dúvidas relativas a outros parâmetros desta investigação. Uma vez assinado o consentimento informado, as participantes procederam ao preenchimento dos diversos instrumentos do questionário, tendo este uma duração média de 20 minutos.

Estratégia de Análise de Dados

Uma vez finalizada a recolha de dados, avançou-se para a análise estatística dos mesmos, através do *software Jamovi* na versão 2.3.28.0. Foi inicialmente realizada uma análise descritiva, de forma a obter uma caracterização da amostra no que concerne às medidas de localização e dispersão, designadamente a média, frequência e desvio-padrão.

Subsequentemente, a fim de se comparar as médias de sintomatologia depressiva entre mulheres com e sem experiência(s) de VO, bem como para se identificar as tipologias de VO associadas a níveis mais elevados de sintomas de DPP e a uma perceção menos positiva da vinculação, foram realizados testes *t* de amostras independentes. Adicionalmente, de forma a analisar a associação entre a(s) experiência(s) de VO e DPP, assim como determinar os fatores sociodemográficos associados à experienciação de VO, foram efetuados testes qui-quadrado.

Por último, para analisar a relação entre as três variáveis em estudo e avaliar o efeito mediador da DPP entre a(s) experiência(s) de VO e a perceção da qualidade da vinculação

materno-infantil, foi realizada uma análise de correlação de *Pearson*, com o objetivo de verificar os pressupostos (i.e., relação significativa entre todas as variáveis), seguida de uma análise de mediação.

Resultados

Prevalência e Tipologias de Violência Obstétrica, Depressão Pós-parto e Vinculação

Das 194 participantes, 68.0% (*n* = 132) relataram ter experienciado, pelo menos, uma forma de violência obstétrica e terem sido sujeitas, em média, a 1.47 (*DP* = 1.34) tipologias desta problemática (Tabela 2). O "Abuso Emocional" foi a tipologia de VO mais reportada (*n* = 75, 38.7%), seguidamente de "Negligência" (*n* = 74, 38.1%) e de "Cuidados Não Consentidos" (*n* = 71, 36.6%).

Já a prevalência de depressão pós-parto foi de 62.4% (*n* = 121), sendo que as participantes obtiveram uma média de 11.8 (*DP* = 6.33) de pontuação total no instrumento *EPDS*.

Finalmente, no que concerne a vinculação materno-infantil, os resultados indicam médias altas de vinculação (*M* = 3.69, *DP* = 0.40), sendo que na dimensão "Interação-Afeto" a média foi de 3.66 (*DP* = 0.35) e na dimensão "Vinculação" de 3.71 (*DP* = 0.52).

Tabela 2.

Prevalência e Tipologias de Violência Obstétrica, Depressão Pós-parto e Vinculação

	n	*%*
Experiência de Violência Obstétrica	132	68.0
Cuidados Não Confidenciais	24	12.4
Cuidados Não Consentidos	71	36.6
Abuso Emocional	75	38.7
Abuso Físico	42	21.6
Negligência	74	38.1
Diagnóstico de Depressão Pós-parto	121	62.4
	M	*DP*
Tipologias de Violência Obstétrica	1.47	1.34

Sintomatologia de Depressão Pós-parto	11.8	6.33
Vinculação Total	3.69	0.40
Interação-Afeto	3.66	0.35
Vinculação	3.71	0.52

Violência Obstétrica em Função dos Fatores Sociodemográficos

No que concerne à experiência(s) de violência obstétrica em função dos fatores sociodemográficos (Tabela 3), constatou-se que, no que respeita a nacionalidade das participantes, se verificaram diferenças estatisticamente significativas, χ^2 (2) = 6.07, p = .048, V = .177. Em concreto, apurou-se que uma maior percentagem de mulheres de nacionalidade portuguesa (n = 63, 77.8%) reportou ter experienciado VO comparativamente com as mulheres de nacionalidade cabo-verdiana (n = 63, 61.2%) ou de outra nacionalidade (n = 6, 60.0%), ainda que o tamanho do efeito, tal como indicado pelo valor do *V de Cramér*, se tenha revelado pequeno. Adicionalmente, no que concerne à etnia das participantes, também se observou uma tendência para a significância, χ^2 (2) = 5.72, p = .057, V = .173, indicando que um número mais elevado de mulheres de etnia caucasiana (n = 68, 76.4%) reportou experiência(s) de VO comparativamente a mulheres de etnia negra (n = 63, 63.0%) ou de outra etnia (n = 1, 33.3%), pese embora o tamanho do efeito seja pequeno. Relativamente às restantes variáveis sociodemográficas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no que toca à prevalência de experiência(s) de VO.

Tabela 3.

Violência Obstétrica em Função dos Fatores Sociodemográficos

Características sociodemográficas	**Com experiência de VO**		**Sem experiência de VO**		*t*	*d*
	M	*DP*	*M*	*DP*		
Idade	34.6	7.03	34.9	6.94	0.28	.046
	n	*%*	*n*	*%*	χ^2	*V*
Nacionalidade						
Cabo-verdiana	63	61.2	40	38.8	6.07*	.177

Portuguesa	63	77.8	18	22.2		
Outra	6	60.0	4	40.0		
Etnia						
Caucasiana	68	76.4	21	23.6	5.72^{+}	.173
Negra	63	63.0	37	37.0		
Outra	1	33.3	2	66.7		
Zona de Residência						
Urbana	98	66.2	50	33.8	2.15	.106
Suburbana	18	81.8	4	18.2		
Rural	15	68.2	7	31.8		
Estado Civil						
Casado ou união de facto	89	70.6	37	29.4	2.93	.123
Separado ou divorciado	6	85.7	1	14.3		
Solteiro	37	60.7	24	39.3		
NSE						
Baixo	11	78.6	3	21.4	6.13	.178
Médio-baixo	33	80.5	8	19.5		
Médio	72	61.5	45	38.5		
Médio-alto	16	72.7	6	27.3		
Habilitações Literárias						
Ensino Básico	5	62.5	3	37.5	3.01	.125
Ensino Secundário	29	74.4	10	25.6		
Ensino Superior	98	67.1	48	32.9		
Outra	0	0.0	1	100.0		
Emprego						
Empregada	119	69.6	52	30.4	2.50	.114
Desempregada	12	54.5	10	45.5		
Reformada	1	100.0	0	0.0		

Problemas de Saúde Mental						
Sim	13	76.5	4	23.5	0.58	.055
Não	118	67.4	57	32.6		

Nota: $^{+}$ *p* < .10; * *p* < .05

Sintomatologia Depressiva em Função da Experienciação de Violência Obstétrica e das suas Tipologias

Relativamente aos níveis médios de sintomatologia depressiva em função da(s) experiência(s) de violência obstétrica (Tabela 4), os resultados revelaram uma diferença estatisticamente significativa nas médias de sintomas depressivos entre o grupo de participantes com experiência(s) de VO e o grupo de participantes sem experiência(s) de VO, *t* (192) = −3.88, *p* <.001, *d* = .598. Em específico, mulheres que referiram ter experienciado violência obstétrica apresentaram níveis médios superiores de sintomatologia depressiva (*M* = 13, *DP* = 6.12) comparativamente com as mulheres que não reportaram essa(s) experiência(s) (*M* = 9.34, *DP* = 6.11).

Paralelamente, no que diz respeito às diferentes tipologias de violência obstétrica, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as médias de sintomatologia depressiva nas participantes que experienciaram "Cuidados Não Consentidos" face às participantes que não experienciaram essa tipologia, *t* (192) = −2.61, *p* = .010, *d* = .39, o que sugere que "Cuidados Não Consentidos" apresentam uma maior associação a níveis superiores de sintomas depressivos no pós-parto.

Tabela 4.

Sintomatologia Depressiva em Função da Experienciação de Violência Obstétrica e das suas Tipologias

	Sim		**Não**		*t*	*d*
	M	*DP*	*M*	*DP*		
Experiência(s) de Violência Obstétrica	13.0	6.12	9.34	6.12	-3.88***	.598
Tipologias de Violência Obstétrica						
Cuidados Não Confidenciais	13.9	4.26	11.5	6.53	-1.74	.379

Cuidados Não Consentidos	13.4	6.69	10.9	5.97	-2.61*	.390
Abuso Emocional	12	6.70	11.7	6.11	-0.329	.0484
Abuso Físico	13	6.14	11.5	6.36	-1.42	.247
Negligência	12.5	6.07	11.4	6.48	-1.10	.162

Nota: ** p < .05; *** p < .001*

Perceção da Vinculação Materno-infantil em Função da Experienciação de Violência Obstétrica e das suas Tipologias

No que concerne aos níveis médios da perceção da vinculação materno-infantil em função da(s) experiência(s) de violência obstétrica (Tabela 5), os resultados demonstraram uma diferença estatisticamente significativa nas médias da perceção de vinculação entre o grupo de participantes com experiência(s) de VO e o grupo de participantes sem experiência(s) de VO, t (192) = 2.84, p =.005, d = .437. Particularmente, mulheres que referiram ter experienciado violência obstétrica revelaram médias inferiores de vinculação (M = 3.63, DP = 0.35) comparativamente às participantes sem essa(s) vivência(s) (M = 3.80, DP = 0.46). No que respeita aos níveis médios das dimensões da perceção da vinculação materno-infantil, em função da(s) experiência(s) de violência obstétrica, os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas nas médias de "Interação-Afeto", t (192) = 2.49, p = .014, d = .384, e "Vinculação", t (192) = 2.84, p = .005, d = .438. Especificamente, as mulheres que reportaram ter experienciado violência obstétrica evidenciaram médias mais baixas na "Interação-Afeto" (M = 3.62, DP = 0.34) e "Vinculação" (M = 3.64, DP = 0.39), comparativamente com as participantes que não relataram VO (M = 3.76, DP = 0.36; M = 3.86, DP = 0.70, respetivamente). Tal indica que a exposição à violência obstétrica está associada a uma perceção menos positiva da relação com o bebé.

Quanto às diferentes tipologias de violência obstétrica, apurou-se que mulheres que experienciaram "Cuidados Não Confidenciais" apresentaram níveis significativamente mais baixos da perceção da vinculação, comparativamente com as mulheres que não experienciaram essa tipologia de VO, t (192) = 1.98, p = .049, d = .431. De forma semelhante, o "Abuso Emocional" também se associou a níveis inferiores da perceção da vinculação, t (192) = 2.27, p = .024, d = .335.

Tabela 5.

Perceção da Vinculação Materno-infantil em Função da Experienciação de Violência Obstétrica e das suas Tipologias

	Sim		Não		*t*	*d*
	M	*DP*	*M*	*DP*		
Experiência(s) de Violência Obstétrica	3.63	0.35	3.80	0.46	2.84**	.437
Tipologias de Violência Obstétrica						
Cuidados Não Confidenciais	3.54	0.39	3.71	0.39	1.98*	.431
Cuidados Não Consentidos	3.64	0.34	3.71	0.43	1.18	.176
Abuso Emocional	3.61	0.38	3.74	0.40	2.27*	.335
Abuso Físico	3.68	0.30	3.69	0.42	0.20	.034
Negligência	3.67	0.34	3.69	0.43	0.31	.046

Nota: ** p < .05; ** p < .01*

Efeito Mediador da Sintomatologia de Depressão Pós-parto entre a(s) Experiência(s) de Violência Obstétrica e a Perceção da Vinculação Materno-infantil

Adicionalmente, com o objetivo de explorar a relação entre a(s) experiência(s) de violência obstétrica (VO), a sintomatologia depressiva pós-parto (DPP) e a perceção da qualidade da vinculação materno-infantil, foram conduzidas análises de correlação de *Pearson* (Tabela 6).

Constatou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a(s) experiência(s) de VO e a DPP, $r = .27$, $p < .001$, o que sugere que um número mais elevado de experiências de violência obstétrica está associado a níveis mais acentuados de sintomas depressivos no pós-parto. Por outro lado, observou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a V0 e a perceção da qualidade da vinculação materno-infantil por parte da progenitora, $r = -.20$, $p = .005$, indicando que uma maior exposição a experiências de violência obstétrica se associa a uma perceção mais negativa da qualidade da vinculação materno-infantil. Adicionalmente, também se evidenciou uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a DPP e a perceção da qualidade do vínculo materno-infantil pela progenitora, $r = -.35$, $p < .001$, o que revela que níveis superiores de sintomas depressivos no pós-parto se associam a perceções menos positivas acerca da qualidade da vinculação materno-infantil.

Estes resultados, ainda que apenas correlacionais, são compatíveis com a possibilidade DPP atuar como uma variável mediadora na relação entre a VO e a perceção da qualidade da vinculação materno-infantil, uma vez que a depressão pós-parto apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a variável independente (violência obstétrica) e uma correlação negativa e estatisticamente significativa com a variável dependente (perceção da qualidade da vinculação materno-infantil).

Tabela 6.

Correlação entre a Violência Obstétrica, a Depressão Pós-parto e a Perceção de Vinculação Materno-infantil

	DPP	Vinculação
VO	.27***	-.20**
Vinculação	-.35***	–

Nota: *** p < .01; *** p < .001*

Por fim, realizada uma análise de mediação (Tabela 7), os resultados revelaram um efeito indireto estatisticamente significativo, β = –0.073, *IC 95%* [–0.121, –0.025], *p* = .003, indicando que a presença de sintomatologia depressiva no pós-parto medeia a relação entre a(s) experiência(s) de VO e uma perceção menos positiva do vínculo materno-infantil por parte da progenitora. Ou seja, na ausência de sintomas depressivos no pós-parto, não se verifica um efeito direto estatisticamente significativo na associação entre a(s) experiência(s) de VO e uma perceção menos positiva da vinculação materno-infantil, β = –0.097, *IC 95%* [–0.211, 0.018], *p* = .099, o que confirma que a DPP atua como uma via explicativa da relação entre estas duas variáveis.

Tabela 7.

Efeito Mediador da Depressão Pós-parto entre a(s) Experiência(s) de Violência Obstétrica e a Perceção da Vinculação Materno-infantil

			Intervalo de confiança 95%			
	β	*SE*	*Lower*	*Upper*	*Z*	*p*
Efeito						

Indireto *VO → DPP → Vinculação*	-0.073	0.025	-0.121	-0.025	-2.98	.003
Direto *VO → Vinculação*	-0.097	0.059	-0.211	0.018	-1.65	.099
Total	-0.170	0.060	-0.286	-0-053	-2.86	.004

Discussão

A presente dissertação teve como objetivo compreender a relação entre a(s) experiência(s) de violência obstétrica, os níveis de sintomatologia depressiva no pós-parto e a perceção da qualidade da vinculação materno-infantil pela progenitora, procurando colmatar uma lacuna existente na literatura. Para tal, este estudo contou com uma amostra de mulheres, com pelo menos uma gravidez e/ou sujeitas a um tratamento de fertilidade. Como objetivos principais, procurou-se determinar se experiência(s) de VO se associam a um aumento de sintomas depressivos no pós-parto e se sintomas de DPP estão relacionados a uma perceção do comprometimento da relação mãe-bebé, assim como avaliar o papel mediador da DPP na relação entre a(s) experiência(s) de VO e a perceção da qualidade do vínculo materno-infantil pela progenitora.

Os resultados obtidos revelaram que 68.0% das participantes relataram ter experienciado, pelo menos, uma tipologia de violência obstétrica. Este valor, embora superior ao reportado em investigações internacionais prévias (e.g., Bohren et al., 2015; Lukasse et al., 2015; Vedam et al., 2019), é consistente com os dados encontrados por Martínez-Galiano et al. (2021) e Scandurra et al. (2022), que identificaram prevalências de 67.4% na Espanha e 78.4% na Itália, respetivamente. A elevada prevalência observada poderá ser explicada pelo progressivo aumento da literacia e visibilidade relativamente a esta problemática em anos recentes, resultando numa maior consciencialização por parte das mulheres para reconhecerem e denunciarem situações de VO. Por outro lado, verificou-se igualmente uma prevalência elevada de depressão pós-parto, presente em 62.4% das participantes, o que indica que mais de metade da amostra apresentava sintomatologia depressiva clinicamente significativa no pós-parto. Estes resultados apontam para uma taxa de DPP mais elevada do que aquela reportada na literatura internacional (e.g., Liu et al., 2022), sublinhando a necessidade da monitorização da saúde mental materna no período perinatal e no pós-parto.

No que respeita à associação entre os fatores sociodemográficos e a(s) experiência(s)

de VO, os resultados revelaram que a variável nacionalidade se associou significativamente ao relato de experienciação de violência obstétrica, com mulheres portuguesas a reportarem uma maior prevalência deste fenómeno em comparação com mulheres cabo-verdianas. Esta diferença poderá estar relacionada com o grau de acesso à informação e o nível de conhecimento dos direitos reprodutivos, uma vez que tais podem influenciar a perceção e o relato de práticas abusivas em contexto obstétrico (e.g., Castro & Frías, 2020). Neste sentido, mulheres portuguesas poderão deter uma maior consciência das práticas expectáveis em cuidados obstétricos humanizados, tornando-as mais propensas a identificar e a relatar situações de VO. Paralelamente, a variável etnia revelou uma tendência para significância, com mulheres caucasianas a reportarem uma maior prevalência de VO face às restantes. Este resultado diverge da literatura, que sugere que mulheres não caucasianas são mais suscetíveis a experienciar VO devido a discriminação sistémica (e.g., Arias Fuentes et al., 2022). Contudo, esta discrepância pode dever-se à subnotificação de situações abusivas por parte destas mulheres, influenciada por barreiras culturais e pela normalização de práticas desrespeitosas aquando do atendimento obstétrico. Deste modo, considerando que apenas a variável nacionalidade apresentou uma associação significativa com a(s) experiência(s) de VO, concluiu-se que a H1 desta dissertação não foi confirmada.

Os resultados demonstraram, igualmente, uma associação significativa entre a(s) experiência(s) de VO e níveis mais acentuados de DPP, identificando a violência obstétrica como um fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto (e.g., Silva-Fernandez et al., 2023). Em específico, a tipologia "Cuidados Não Consentidos" evidenciou uma relação estatisticamente significativa com níveis superiores de DPP, sugerindo que a ausência de consentimento informado pode ter um impacto especialmente negativo na saúde mental materna. Tal converge com a literatura, que destaca a importância da comunicação e do consentimento informado como fatores centrais para a manutenção de cuidados obstétricos humanizados (e.g., Yalley et al., 2024). Adicionalmente, evidenciou-se uma associação significativa entre a(s) experiência(s) de VO e uma perceção menos positiva da vinculação materno-infantil por parte da progenitora, sendo que participantes que vivenciaram esta problemática reportaram níveis significativamente inferiores de vinculação nas duas dimensões dessa variável. Tal encontra-se em linha com os resultados de López et al. (2021), que identificaram a VO como um fator comprometedor para a relação materno-infantil. Por outro lado, a exposição a “Cuidados Não Confidenciais” e a “Abuso Emocional” também se

associou a perceções mais negativas da vinculação, o que reforça a importância das dimensões relacional e comunicacional dos cuidados obstétricos para o desenvolvimento salutar do vínculo materno-infantil.

Com base nas correlações de *Pearson* realizadas, verificou-se que o número de experiências de violência obstétrica (VO) apresentou uma correlação positiva com a sintomatologia depressiva no pós-parto, sugerindo que uma maior exposição a situações de VO está associada a níveis superiores de sintomas depressivos nesta fase. Este resultado é congruente com estudos prévios que identificam a VO como um fator de risco para o desenvolvimento de DPP (e.g., Silva-Fernandez et al., 2023; Salazar-Vélez et al., 2024) e vem corroborar a H2 avançada nesta dissertação. Adicionalmente, observou-se uma correlação negativa entre a VO e a perceção da qualidade da vinculação materno-infantil, indicando que mulheres que experienciaram mais episódios de VO tendem a avaliar de forma menos positiva o vínculo estabelecido com os seus bebés. Estes dados apontam para a possibilidade de que vivências traumáticas no contexto da gravidez, parto e/ou pós-parto possam interferir com a disponibilidade emocional da mãe no período pós-natal imediato, fator determinante no estabelecimento de uma vinculação responsiva e sensível. Por fim, os resultados revelaram também uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre os sintomas de DPP e a perceção da vinculação materno-infantil. Estes resultados sugerem que níveis mais elevados de depressão pós-parto estão associados a uma vinculação percebida como menos segura pela progenitora, o que está amplamente documentado na literatura (e.g., Switalska & Webner, 2021; Slomian et al., 2019), confirmando a H3 proposta nesta dissertação. Na análise de mediação realizada, observou-se um efeito indireto estatisticamente significativo, indicando que a sintomatologia depressiva no pós-parto explica parcialmente a relação entre a exposição a experiência(s) de VO e uma perceção menos positiva do vínculo materno-infantil pela progenitora. Este resultado, além de trazer novos contributos para a literatura, corrobora a H4 avançada nesta dissertação e reforça a pertinência do fornecimento de cuidados obstétricos humanizados, a fim de se proteger a saúde mental materna no pós-parto e se mitigar efeitos nocivos na relação materno-infantil. À luz da Teoria da Vinculação (Bowlby, 1969), estas perturbações iniciais podem ter implicações duradouras no futuro funcionamento emocional e relacional da criança. Bowlby (1969) postulava que a qualidade das interações precoces entre o cuidador e o bebé, marcadas por responsividade, consistência e segurança emocional, é determinante na formação de um modelo interno de

funcionamento, que orienta a regulação emocional, a perceção de si e dos outros, e o estabelecimento de relações interpessoais ao longo da vida. Perturbações no estado emocional da mãe, nomeadamente a sintomatologia depressiva, podem comprometer a sua capacidade de responder de forma sintonizada às necessidades do bebé, o que, por sua vez, pode comprometer a qualidade da vinculação. Se essas perturbações tiverem origem em experiências traumáticas no contexto obstétrico, como a violência obstétrica, pode afirmar-se que os impactos da VO se estendem para além do evento em si, influenciando negativamente a saúde mental materna e o desenvolvimento relacional precoce.

Apesar dos contributos desta dissertação, importa reconhecer algumas limitações que poderão condicionar a interpretação dos resultados. Em particular, a utilização de uma amostra não probabilística de conveniência compromete a representatividade da população feminina em idade fértil. Além disso, o facto de se tratar de uma recolha online, e, consequentemente, de uma amostra auto-selecionada, poderá ter conduzido à sobre-representação de mulheres mais sensibilizadas para a temática da violência obstétrica, o que, por sua vez, poderá ter conduzido a uma sobre-estimativa da prevalência desta problemática. Por outro lado, o uso exclusivo de instrumentos de autorrelato, embora comum em estudos desta natureza, comporta riscos metodológicos, como viés de memória (particularmente relevante em relatos de experiências traumáticas) ou de desejabilidade social por parte das participantes, que poderá ter influenciado as respostas, nomeadamente na avaliação da vinculação materno-infantil. Adicionalmente, a composição sociodemográfica da amostra levanta a possibilidade de sub-representação de determinados grupos de mulheres, designadamente mulheres com baixa escolaridade, residentes em zonas rurais ou pertencentes a comunidades étnicas marginalizadas. Esta limitação pode restringir a capacidade de captar as múltiplas expressões da violência obstétrica e as suas interseções com determinantes sociais da saúde. Por fim, a metodologia transversal deste estudo limita a possibilidade de se inferir relações de causalidade entre as variáveis analisadas.

Face a estas limitações, recomenda-se que investigações futuras deverão privilegiar metodologias longitudinais, que permitam acompanhar a evolução da saúde mental materna e da vinculação materno-infantil ao longo do tempo, possibilitando uma compreensão mais precisa das relações causais entre as variáveis em estudo. Ademais, a inclusão de dados clínicos objetivos, bem como a triangulação de fontes de informação, como relatórios e registos médicos, entrevistas com profissionais de saúde e observações diretas (e.g., interação

mãe-bebé), poderá reforçar a validade dos resultados e mitigar os eventuais efeitos do enviesamento associados ao autorrelato. Por outro lado, recomenda-se, ainda, a realização de estudos comparativos entre diferentes regiões geográficas e contextos hospitalares, com o objetivo de explorar o impacto das práticas institucionais, das normas culturais e das políticas de saúde na prevalência e nas formas de manifestação da VO. Por fim, considera-se pertinente o recurso a metodologias qualitativas, centradas na experiência subjetiva das mulheres e na perceção dos profissionais de saúde, de forma a identificar, com maior profundidade, os significados atribuídos às práticas obstétricas, bem como delinear estratégias concretas de humanização dos cuidados perinatais, cultural e institucionalmente contextualizados.

Implicações Práticas

Os resultados desta investigação apresentam implicações relevantes para a prática clínica, para a formação profissional e para a formulação de políticas públicas em saúde materna. Em particular, salientam-se áreas prioritárias de intervenção que poderão contribuir para a prevenção da VO, a promoção da saúde mental perinatal e a melhoria da qualidade da vinculação materno-infantil.

Em primeiro lugar, destaca-se a necessidade de integrar, nos currículos de formação em enfermagem, medicina e obstetrícia, conteúdos específicos sobre VO, saúde mental perinatal e vinculação precoce, com ênfase na adoção de práticas centradas na mulher, comunicação empática, respeito pela autonomia corporal e pelo consentimento informado.

Em segundo lugar, recomenda-se a implementação de protocolos clínicos que garantam a autonomia da mulher durante o trabalho de parto, promovendo a sua participação ativa nas decisões clínicas e assegurando condições para um parto respeitado. Estes protocolos devem contemplar o rastreamento sistemático da sintomatologia depressiva nas consultas de seguimento pós-parto, através da utilização de instrumentos validados, com referenciação atempada para apoio psicológico sempre que se verifiquem indicadores de sofrimento emocional. Paralelamente, sublinha-se a importância de incluir psicólogos nas equipas multidisciplinares de saúde materna, assegurando uma resposta integrada, preventiva e terapêutica perante manifestações de depressão pós-parto, ou outras perturbações (e.g., PSPT) potenciando o bem-estar da díade mãe-bebé e prevenindo perturbações na vinculação.

Adicionalmente, considera-se fundamental a dinamização de campanhas públicas de sensibilização, dirigidas às mulheres e à comunidade em geral, com o objetivo de promover a literacia em saúde obstétrica e reprodutiva, informar sobre os direitos das utentes em contexto obstétrico e incentivar a denúncia de práticas abusivas ou desrespeitosas. Estas iniciativas podem contribuir para a mudança de normas culturais e institucionais que perpetuam a VO e reforçar a responsabilização dos serviços de saúde perante as utentes.

Conclusão

Esta investigação contribuiu para o aprofundamento da compreensão das consequências psicossociais da violência obstétrica (VO), ao evidenciar a sua associação com a sintomatologia depressiva no pós-parto (DPP) e com a perceção da qualidade da vinculação materno-infantil. Os resultados demonstraram que a VO não é apenas uma violação dos direitos reprodutivos das mulheres, mas também um fator potencialmente disruptivo do bem-estar psicológico materno e da relação precoce com o bebé. A identificação da depressão pós-parto como mediadora nesta relação reforça a necessidade de intervenções precoces e integradas em saúde materna.

Este estudo sublinha, assim, a urgência de reconhecer a VO enquanto problema de saúde pública e fator de risco clínico, exigindo uma resposta coordenada que envolva formação profissional, revisão de práticas institucionais, políticas de humanização dos cuidados obstétricos e mecanismos de proteção das utentes. Mais do que um fenómeno individual, a VO emerge como expressão de dinâmicas estruturais que comprometem a qualidade dos cuidados perinatais e a equidade no acesso aos mesmos.

Apesar das limitações metodológicas, os resultados fornecem uma base sólida para futuras investigações longitudinais e qualitativas, orientadas para a construção de práticas obstétricas baseadas no respeito, na dignidade e na evidência científica.

Referências

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787

Arias Fuentes, F. F., Arteaga, E., & San Sebastián, M. (2022). Social inequalities in women exposed to obstetric and gyneco-obstetric violence in Ecuador: a cross-sectional study. *BMC women's health, 22*(1), 419. https://doi.org/10.1186/s12905-022-01998-2

Assembleia da República de Portugal. (2019, 9 de setembro). *Lei n.º 110/2019*. Diário da República. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/110-2019-124539905

Assembleia da República de Portugal. (2025, 31 de março). *Lei n.º 33/2025*. Diário da República. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/33-2025-913048477

Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela. (2007, 23 de novembro). *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.* Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, número 38.770. http://www.tsj.gob.ve/gaceta-oficial

Binda, V., Figueroa-Leigh, F., & Olhaberry, M. (2019). Antenatal and postnatal depressive symptoms: Association with quality of mother–infant interaction. *Infant Behavior and* Development, 57, 101386. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.101386

Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E., Thwin, S. S., Aderoba, A. K., Vogel, J. P., Irinyenikan, T. A., Adeyanju, A. O., Mon, N. O., Adu-Bonsaffoh, K., Landoulsi, S., Guure, C., Adanu, R., Diallo, B. A., Gülmezoglu, A. M., Soumah, A. M., Sall, A. O., & Tunçalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet (London, England)*, *394*(10210), 1750–1763. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS medicine*, *12*(6), e1001847. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847

Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. *Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health, 3.*

Bretherton, I. (1997). Bowlby's legacy to developmental psychology. *Child psychiatry and human development, 28,* 33-43. https://doi.org/10.1023/A:1025193002462

Brito, L., & Costa, K. (2023). Obstetric violence: the perception of black women based on their experiences of pregnancy and childbirth in Portugal. *Population Medicine, 5*(Supplement). https://doi.org/10.18332/popmed/165599

Castro, R., & Frías, S. M. (2020). Obstetric violence in Mexico: results from a 2016 national household survey. *Violence against women, 26*(6-7), 555-572. https://doi.org/10.1177/1077801219836732

de Souza, D. S., Machado, W. D. L., Guimarães, L. D. A., Bernardi, J. R., da Silva, C. H., Goldani, M. Z., & Bandeira, D. R. (2024). Mother-infant bonding: The role of postpartum depression, violence, and bonding established with one's own mother during childhood. *Infant mental health journal*. https://doi.org/10.1002/imhj.22126

Jarillo López, A., Fernández-Velasco, R. & Garrido-Hernansaiz, H. (2021). La violencia obstétrica como factor de riesgo para la formación del vínculo y el apego materno-infantil: Una revisión sistemática. *Psicosomática y Psiquiatría*, *18*, 25–34. https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1804

Lansky, S., Souza, K. V., Peixoto, E. R. M., Oliveira, B. J., Diniz, C. S. G., Vieira, N. F., Cunha, R. O., & Friche, A. A. L. (2019). Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciencia & saude coletiva*, *24*(8), 2811–2824. https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017

Lazzerini, M., Covi, B., Mariani, I., Drglin, Z., Arendt, M., Nedberg, I. H., Elden, H., Costa, R., Drandić, D., Radetić, J., Otelea, M. R., Miani, C., Brigidi, S., Rozée, V., Ponikvar, B. M., Tasch, B., Kongslien, S., Linden, K., Barata, C., Kurbanović, M., … IMAGINE EURO study group (2022). Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet regional health. Europe*, *13*, 100268. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100268

Leite, E. J. A. (2023). *Violência obstétrica: estudo qualitativo sobre conceções e significados no contexto português* (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona do Porto. http://hdl.handle.net/10437/14094

Liu, X., Wang, S., & Wang, G. (2022). Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical nursing, 31*(19-20), 2665-2677. https://doi.org/10.1111/jocn.16121

Lukasse, M., Schroll, A. M., Karro, H., Schei, B., Steingrimsdottir, T., Van Parys, A. S., Ryding, E. L., Tabor, A., & Bidens Study Group (2015). Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, *94*(5), 508–517. https://doi.org/10.1111/aogs.12593

Martínez-Galiano, J. M., Martinez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martinez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, *34*(5), 526-536. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002

Salazar-Vélez, P., Anchundia-Chávez, M., Benítez-Herrera, K., Solórzano-García, G., & Pesantez-Suriaga, K. (2024). Obstetric Violence and its Impact on the Mental Wellbeing of Ecuadorian women: A Quantitative Approach. *Journal of Medical and Health Studies, 5*(1), 20-32. https://doi.org/10.32996/jmhs.2024.5.1.4

Scandurra, C., Zapparella, R., Policastro, M., Continisio, G. I., Ammendola, A., Bochicchio, V., Maldonato, N. M., & Locci, M. (2022). Obstetric violence in a group of Italian women: socio-demographic predictors and effects on mental health. *Culture, health & sexuality*, *24*(11), 1466–1480. https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1970812

Silva-Fernandez, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2023). Factors associated with obstetric violence implicated in the development of postpartum depression and post-traumatic stress disorder: a systematic review. *Nursing reports*, *13*(4), 1553-1576. https://doi.org/10.3390/nursrep13040130

Siraj, A., Teka, W., & Hebo, H. (2019). Prevalence of disrespect and abuse during facility based childbirth and associated factors, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *BMC pregnancy and childbirth, 19*, 1-9. https://doi.org/10.1186/s12884-019-2332-5

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health, 15*, e1745506519844044. https://doi.org/10.1177/1745506519844044

Świtalska, J., & Webner, I. (2021). Postnatal depression–the role of attachment and mentalization. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 4,* 46-55. http://doi.org/10.12740/APP/139246

Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L., & Declercq, E. (2019). The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health*, *16*, 77. https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2

Vieira, A. F. P. (2023). *Violência obstétrica em situações de abortamento? um estudo exploratório sobre o fenómeno em Portugal* (Relatório Final de Estágio). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. http://web.esenfc.pt/?url=B91jD82J

Yalley, A. A., Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., Kömürcü-Akik, B., & de Abreu, L. (2024). Addressing obstetric violence: a scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. *Frontiers in public health*, *12*, 1388858. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1388858