



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

TALITA JULIETA SILVA ALVES

Influência do parto humanizado como fator de proteção à
depressão pós-parto

BRASÍLIA/DF

2014

TALITA JULIETA SILVA ALVES

INFLUÊNCIA DO PARTO HUMANIZADO COMO FATOR DE
PROTEÇÃO À DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.
Professora Orientadora: Msc. Danielle Kaiser de
Souza.

BRASÍLIA/DF

2014.

Alves, Talita Julieta Silva.

Influência do parto humanizado como fator de proteção à depressão pós-parto/Talita Julieta Silva Alves. – Brasília, 2014.

f.40

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, 2014.

Orientadora: Msc. Danielle Kaiser de Souza, Faculdade de Ceilândia.

Parto Humanizado, depressão pós-parto e violência no parto.

TALITA JULIETA SILVA ALVES

INFLUÊNCIA DO PARTO HUMANIZADO COMO FATOR DE
PROTEÇÃO À DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília -
Faculdade de Ceilândia como requisito parcial
para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional.

Aprovado em: ____ de _____ de 2014.

BANCA EXAMINADORA

.....
Professora Orientadora: Msc. Danielle Kaiser de Souza
Universidade de Brasília

.....
Professora Examinadora: Leticia Meda Vendrusculo Fangel
Universidade de Brasília

.....
Professora Examinadora: Alessandra da Rocha Arrais
Escola Superior de Ciências da Saúde

Dedico esse trabalho a todas as mulheres e mães que vivem as alegrias e sofreres do gestar, parir e criar.

Ao meu pequeno Luigi, que já tão jovem me ensina tanto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus que me concedeu a vida, a oportunidade da graduação, conclusão desse trabalho e toda forma que me concedeu para estar aqui.

Minha família que me apoiou em toda essa caminhada, me dando suporte para chegar ao final.

As minhas amigas que me acompanharam nessa luta, Carol Paranhos e Izabella.

Aos amigos que fiz durante a faculdade que sempre estiveram ao meu lado, especialmente Fabiana, Dóris, Luisa, Adriana, Marília, Aninha, Raimunda, Carol Pereira, Kelly e a Pâmela; obrigada pela força, nosso esforço não foi em vão.

A minha orientadora Danielle pela construção desse trabalho, que sem sua ajuda não teria chegado até o final.

A minha mãe pela vida que me deste, pelo parto através do qual nasci com dificuldade e dele que me veio o questionamento desse mundo tão complexo do nascer de uma nova vida.

A minha Madrinha Josenildes por todo seu carinho e por sempre acreditar em mim e na força que nós mulheres e mães temos na jornada.

Ao meu pai por todo seu apoio e carinho.

Ao Taylor, meu primo e irmão, por todo apoio que foi muito importante.

Ao meu amor e companheiro Glafston, sua compreensão e afeto foram essenciais para atingir meus objetivos. Agradeço também pela oportunidade de me tornar mãe, foi fundamental para a realização desse projeto e pelo parto do nosso pequeno que me trouxe uma nova visão da chegada da vida.

Ao meu filho Luigi. Graças a ele sou mãe e tive a experiência do parto; o andamento desse trabalho não seria o mesmo sem isso. Luigi, obrigada por toda sua compreensão no desenvolvimento dessa pesquisa.

RESUMO

O Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o intuito de promover adequado atendimento às gestantes, valorizando a dignidade da pessoa humana e evitando praticas desnecessárias e prejudiciais à mulher parturiente e ao bebê durante o pré-natal, parto e pós-parto. Nessa monografia, a hipótese defendida é a de que o parto humanizado pode contribuir para a redução da violência no parto e, por conseguinte, reduzir de riscos relacionados ao surgimento da depressão pós-parto (DPP). Para tanto, como metodologia, o presente trabalho realiza revisão bibliográfica envolvendo descritores em saúde e os conceitos de depressão pós-parto, violência no parto, desenvolvimento emocional materno, transtornos de humor, trauma no parto e parto humanizado, tendo por objetivos verificar se a DPP está relacionada à violência sofrida na gestação e no parto.

Em acréscimo, como metodologia, são registrados relatos comparativos de experiências das mulheres parturientes e a forma de trabalho dos profissionais da saúde de centro obstétrico no sul do país, numa casa de parto em São Paulo, assim como em maternidades que aderiram ao PHPN. A partir da literatura e destes exemplos, verifica-se que a violência obstétrica pode causar diversos efeitos nocivos à saúde e qualidade de vida da parturiente, de sua família e do recém-nascido, não apenas favorecendo o aparecimento de DPP, mas aumentando a propensão à crise de identidade materna e mesmo à dificuldade de vinculação entre a mãe e o filho.

Palavras Chaves: Violência no parto, depressão pós-parto, parto humanizado.

ABSTRACT

The Ministry of Health established the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care (PHPC) in order to promote appropriate care for pregnant women, preserve and value the human being dignity and avoid unnecessary medical practices to the mother and the baby during prenatal, delivery and post childbirth. The hypothesis defended by the present monograph is that the humanized childbirth care may contribute to reduce the violence during the partum and the risks related to the onset of postpartum depression (PPD). The methodology was a literature review involving health descriptors and theoretical concepts of PPD, violence in childbirth, maternal emotional development, mood disorders, emotional trauma during birth procedure and humanizing childbirth care, and aimed to verify if PPD is related to the violence experienced during pregnancy and childbirth.

In addition, reports of parturient mothers and health professional experiences provenient from an obstetric center, situated at southern of Brazil, from a non obstetric birth center and from several hospitals that follow the PHPC were analyzed. It was observed that obstetric violence can cause many nocive health and life quality effects to the parturient woman, her family and the newborn, not only favoring the onset of PPD, but increasing the risks of development of the maternal identity crisis and difficult the emotional link between mother and her baby.

Key Words: Violence in Childbirth, Postpartum Depression, Humanized Birth.

ABREVIATURAS

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

DF – Distrito Federal

DPP – Depressão Pós-Parto

MT – Mato Grosso

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

RS – Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

UnB – Universidade de Brasília

TABELAS

Tabela 1: Lista dos artigos encontrados e utilizados na revisão bibliográfica.

Tabela 2: Lista de assuntos abordados nos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 A melancolia da maternidade e a depressão pós-parto (DPP)	12
1.2. Tipos de violência no parto.....	14
1.3 Humanização no parto.....	15
2. JUSTIFICATIVA.....	18
3. OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
- Utilizar o SUS como objeto de estudo.....	19
4. METODOLOGIA	20
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5.1 O surgimento da DPP e seus fatores de risco socioeconômicos	21
5.2 Como a DPP afeta a mulher e o bebê.....	21
5.3 Experiências de mulheres no parto.....	22
5.4 Visão dos profissionais sobre as práticas realizadas no parto	24
5.5 Maternidades que aderiram à humanização no parto	24
5.6 A presença do acompanhante no parto.....	25
6. CONCLUSÃO	34
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
8. BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	40

1. INTRODUÇÃO

O parto vem sendo pesquisado em suas mais variadas formas e é um dos momentos mais relevantes da vida de uma mulher. No estudo de Wolf e Waldow (2008), mulheres relataram que não reclamam ou emitem opinião por falta de conhecimento, opressão ou até medo a respeito do seu trabalho de parto e parto. Em minhas percepções no estágio supervisionado no Centro de Atenção Psicossocial II de Taguatinga, Distrito Federal (DF), observei que o sofrimento mental em mulheres tem causas distintas. Uma das causas de sofrimento mental, a Depressão Pós-Parto (DPP), ou também denominada depressão puerperal, acomete 15% das mulheres brasileiras, sendo uma das maiores causas de transtornos mentais (BRASIL, 2006).

Dentre as causas para a depressão materna no pós-parto estão as experiências do parto, pré-natal e assistência no pós-parto. Quando traumáticas, estas podem acarretar patologias, como, por exemplo, a depressão. As mulheres que sofrem experiências traumáticas nas referidas fases correm risco duas vezes maior do que aquele voltado aos homens de desenvolver depressão, sendo esta diferença ainda mais pronunciada na fase da vida em que elas se veem responsáveis pelo cuidado de sua prole (LOBATO, MORAES e REICHENHEIM, 2011).

Um estudo epidemiológico com usuárias do SUS, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) foi aplicada em 292 mulheres, entre 31 e 180 dias após o parto, sendo que dentre essas, 39,4% foram consideradas deprimidas. Os autores defendem que é necessária a capacitação dos profissionais de saúde na identificação precoce da DPP, pois esse é um problema de saúde pública de ampla prevalência em mulheres no pós-parto (RUSCHI *et al.* 2007).

1.1 A melancolia da maternidade e a depressão pós-parto (DPP)

Dias após o parto ocorre a diminuição rápida dos níveis hormonais da mulher pela retirada da placenta após o parto, podendo ter como sintomas um estado de tristeza, denominado melancolia da maternidade. Essa melancolia é um distúrbio de humor de labilidade transitória atingindo cerca de 50% das mães; surge entre o terceiro e o quinto dia após o parto e melhora espontaneamente. Geralmente as mães estão aparentemente saudáveis, mas apresentam sentimentos e sinais de melancolia, tais como o choro

frequente, a ansiedade, a irritabilidade e a dependência (KAPLAN e SADOCK, 1990, apud COUTINHO e SARAIVA, 2008).

Assim, a depressão pode ser definida como a sensação opressiva de tristeza que pode ser provocada por um só evento ou vários durante mais que um tempo razoável. A depressão comumente associada ao nascimento de um bebê refere-se a um conjunto de sintomas que iniciam geralmente entre a quarta e a oitava semana após o parto, atingindo de 10 a 15% das mães (KLAUSE *et al.* 2000, apud SCHWENGBER e PICCININI, 2003). Esses sintomas incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas.

Esse estudo sugere que a depressão puerperal afeta a qualidade da interação mãe-bebê, especialmente no que se refere ao prejuízo na responsividade materna, ou seja, a mãe fica distante emocionalmente do filho, não faz contato visual e demora ou não percebe as necessidades do bebê e há a diminuição da interação entre mãe e filho. Tal quadro contribui negativamente para o desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança (SCHWENGBER e PICCININI, 2003).

São inúmeros os possíveis fatores que podem ser considerados como causa da DPP. Fonseca, Silva e Otta (2010) mostraram que alguns fatores sociais e familiares associados à DPP são a menor escolaridade, o maior número de gestações, a maior paridade, o maior número de filhos vivos, o menor tempo de relacionamento com o pai da criança, episódio depressivo prévio, uma gravidez indesejada e a dificuldade em lidar com o recém-nascido. Moraes e colaboradores (2007) também descrevem que fatores relacionados ao parto, como a falta do acompanhante, aumentam as chances de desenvolvimento da DPP.

Foi observado que, para além dos referidos fatores, a violência no parto também favorece o surgimento de DPP nas pacientes. Essa violência, segundo a OMS, consiste na imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Parturientes que sofrem alguns procedimentos técnicos para o parto, como a episiotomia, se sentem violentadas, sendo que esses procedimentos poderiam ser evitados e trazem riscos.

A literatura já registra que alguns procedimentos e atitudes dos profissionais da saúde são considerados desrespeitosos – e até violentos - pelas parturientes. Porém, elas

costumam manter-se em silêncio, sem emitir opinião por medo, pela percepção de uma situação de opressão ou por querer vivenciar sem conflitos um momento muito importante que é a chegada do seu bebê (WOLFF e WALDOW, 2008; RATTNER, 2009; TEIXEIRA e PEREIRA, 2006).

Parte dos profissionais alega como normal ou rotina a prática da episiotomia e alegam que lhes falta o fornecimento de informações sobre e para as gestantes durante o parto e o pós-parto. Entretanto, se para os profissionais da saúde que realizam o parto estes descuidos ou violências são corriqueiros; para as mulheres vítimas da violência durante seu parto e/ou trabalho de parto não conseguem esquecer e podem levar esse trauma para a vida toda. Os profissionais precisam ter o cuidado de orientar a cada procedimento e valorizando a participação e respeitando a dor de cada parturiente (WOLFF e WALDOW, 2008).

Nesse sentido, argumenta-se que é necessário e relevante inserir entre os fatores de risco para o DPP as práticas ou situações de violência no trabalho de parto ou no parto em si. Ademais, é preciso dar mais espaço para a participação e voz da mãe durante o trabalho de parto e o parto, para que seja ouvida e atendida em suas necessidades e que não seja o nascimento do bebê uma ocasião traumática ou motivadora de DPP.

A conscientização sobre os riscos trazidos pela violência no pré-natal, parto e pós-parto em relação ao DPP favorecerá uma reflexão sobre os procedimentos atuais de obstetrícia nos hospitais e maternidades no Brasil e, ainda, trará maior interesse público e profissional em relação ao “parto humanizado”.

São estes os temas que se pretende abordar em seguida.

1.2. Tipos de violência no parto

O parto é um momento de ruptura devido à responsabilidade de um novo ser humano sendo agregado à família, sendo um estado de vulnerabilidade para a parturiente e cercado de valores sociais, emocionais e afetivos (DOMINGUES, SANTOS e LEAL, 2004).

Estudos mostram que, durante o parto, as parturientes e seus bebês sofrem com práticas consideradas pela medicina já ultrapassadas e injustificáveis; sofrem com o descaso, com agressões verbais e físicas. No senso comum, o hospital é culturalmente considerado o melhor lugar para ter um filho; em contrapartida, as mulheres do estudo de

Teixeira e Pereira (2006), relataram ser este o pior lugar: há sofrimento, abandono, medo, angústia, principalmente quando a realidade não corresponde às expectativas.

Nessa direção, foram identificadas quatro formas de violência, que correspondem à imposição de um grau de dor e sofrimentos evitáveis, durante o parto: a violência por negligência, a violência verbal e/ou psicológica, a violência física e a violência sexual, durante práticas médico-hospitalares e que gera na sociedade a ideia de que o parto é uma situação de sofrimento (RATTNER, 2009).

Afirma-se que a despersonalização da parturiente devido à institucionalização no hospital também pode ser considerada uma forma de violência, na qual são retirados seus pertences e a roupa a ser utilizada é padronizada (D'OLIVEIRA, DINIZ e SCHRAIBER, 2002 citado por RATTNER, 2009).

Numa revisão de Zambaldi, Cantilino e Sougey (2009), os autores observaram que o parto traumático pode trazer consequências negativas à mulher, como o desenvolvimento da DPP, e que a experiência do parto pode ser considerada traumática devido às vivências da parturiente no momento antes e durante o parto. Várias mulheres relataram que tiveram pouco suporte no parto, sentiram-se abandonadas, não entendiam o que estava acontecendo e consideravam o momento como uma violência.

Portanto, um parto em que a parturiente se sente desrespeitada ou agredida, sem alguém de sua confiança lhe dando apoio, no qual seu filho não esteja ao seu lado nos primeiros procedimentos médicos após o nascimento pode trazer sequelas à mulher, inclusive, como visto, o risco de se estabelecer um quadro depressivo ou trauma (ZAMBALDI, CANTILINO e SOUGEY, 2009). Verifica-se que parturientes que não tiveram acompanhante no parto tiveram 20,7% mais chance de manifestar a DPP (MORAES *et al*, 2007). A humanização do parto prioriza a autonomia da mulher sendo que a presença do acompanhante é importante para a mulher se sentir segura.

Por conseguinte, a humanização do parto aparece como solução para evitar essas mazelas: inseguranças, DPP, traumas e mesmo para aprimorar a qualidade do atendimento em saúde da mãe e do recém-nascido.

1.3 Humanização no parto

Segundo os dados do projeto Nascer no Brasil, 53% dos partos são cesáreos e apenas 45% das mulheres que dão à luz planejaram a gestação (FIOCRUZ, 2013). Em

outras palavras, a minoria dos partos atualmente ocorre pelo modo natural e quase metade das gestações no Brasil é ou indesejada ou acidental. Tendo esse cenário em consideração, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), assegurando que:

- Toda gestante tenha direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- Toda gestante tenha direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- Toda gestante tenha direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
- Todo recém-nascido tenha direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Como fundamento, o Programa defende o preceito de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é a condição primária para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2014).

Assim, segundo o Ministério da Saúde, a humanização do parto compreende pelo menos dois aspectos fundamentais: o primeiro é o dever de cada unidade de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido; o segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento (BRASIL, 2014).

Entre esses procedimentos benéficos consta a diretriz de se evitar práticas intervencionistas desnecessárias ao parto de baixo risco, tais como o uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto; a episiotomia que é o corte na lateral da vagina; deitar a mulher no momento expulsivo; proibir a parturiente de se movimentar e andar durante o trabalho de parto. Embora tradicionalmente realizadas, essas práticas – notadamente desnecessárias – com frequência acarretam maiores riscos para mãe e filho (BRASIL, 2014).

Em 2005, o artigo 19 da lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) foi modificado pela lei 11.108/05, obrigando que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve permitir a parturiente um acompanhante de sua preferência, durante todo o processo de parto e pós-parto.

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

§3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no **caput** deste artigo. (Constituição Federal do Brasil, 1990 modificado em 2005)

2. JUSTIFICATIVA

O estudo das causas da DPP e sua relação com a violência no parto podem contribuir para um melhor atendimento à mãe e à sua família. O bebê criado num ambiente permeado com relações saudáveis desenvolve-se melhor nas dimensões cognitiva e social. Nesse contexto, há ainda a diminuição dos riscos de contrair doenças infecto-contagiosas (SCHWENGBER e PICCININI, 2003).

O parto humanizado é aquele no qual os procedimentos executados e os profissionais que o praticam respeitam as escolhas da família e viabilizam um pós-parto tranquilo, havendo acolhimento das demandas específicas da mãe e do bebê.

Partindo desse conceito, pretende-se demonstrar que a preparação no pré-natal e desse parto humanizado geram relações saudáveis entre mãe e filho, uma vivência tranquila dos momentos e favorecem a formação de vínculo materno-infantil, evitando o desenvolvimento de DPP e diminuindo riscos ao bebê.

Logo, sustenta-se a hipótese de que o parto humanizado pode tornar-se uma ferramenta efetiva na diminuição dos riscos para o desenvolvimento da DPP. Assim, o presente trabalho visa buscar as evidências científicas que demonstrem essa hipótese.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a relação direta ou indireta da DPP com a violência no parto e as conseqüências da DPP para a relação mãe-filho.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as evidências de como um tratamento humanizado no parto é efetivo na busca de melhores condições de saúde as mães e as famílias.
- Defender a hipótese de existência da influência direta entre o parto humanizado e a minimização dos riscos de incidência de DPP nas mães.
- Elaborar revisão bibliográfica a respeito da violência no parto e DPP.
- Utilizar o SUS como objeto de estudo.

4. METODOLOGIA

Como explicam Lakatos e Marconi (2007), “a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras”. Assim, foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando as bases de dados *online* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na busca por artigos cujo tema central envolva a DPP, violência no parto e parto humanizado. Os descritores utilizados na busca foram depressão pós-parto, violência no parto, desenvolvimento emocional materno, transtornos de humor, trauma no parto e parto humanizado.

Artigos científicos de revisão, estudos qualitativos, estudos quantitativos e relatos de casos foram selecionados para a presente revisão, desde que publicados nos últimos 10 anos. Apenas as bases de dados *online* supracitadas foram utilizadas, pois o objeto de estudo é o SUS, na tentativa de determinar os problemas concernentes à atual forma de organização e atendimento do sistema público de saúde, bem como traçar as possíveis soluções, baseadas no parto humanizado. Artigos que não se incluam nos critérios supracitados, foram excluídos do presente estudo.

Os dados obtidos dos estudos encontrados foram agrupados de forma qualitativa ou quantitativa, de acordo com o obtido na revisão para melhor explorar as informações obtidas, analisando-as a partir da hipótese desta monografia.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi realizada uma busca de artigos nas bases de dados online BVS, sendo encontrados 28 artigos e após a leitura na íntegra desses selecionados 19 (TABELA 1) por delimitarem o assunto de modo a abarcar a hipótese do presente trabalho.

A lista dos artigos com seus assuntos que foram utilizados nessa revisão bibliográfica encontra-se na Tabela 2.

5.1 O surgimento da DPP e seus fatores de risco socioeconômicos

Utilizando-se o SUS como objeto de estudo, identificou-se que 39,4% das mulheres usuárias do SUS, de um total de 292 entrevistadas após 31 e 180 dias pós-parto, encontravam-se deprimidas segundo a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (RUSCHI *et al.* 2007).

Já no estudo de base populacional de Moraes e colaboradores (2006), a prevalência de DPP foi de 19,1% na cidade de Pelotas (Rio Grande do Sul). Os dados demonstraram a associação entre fatores socioeconômicos e a incidência de DPP, trazendo como fatores principais: a não realização da expectativa em relação à preferência do sexo do bebê pela mãe; vontade de interromper a gravidez ao longo da gestação; fraco ou inexistente apoio do pai da criança; baixo nível socioeconômico; baixo nível de escolaridade.

Observa-se, então, que os fatores socioeconômicos interferem no estado emocional da mulher e pode levar a não aceitação da gravidez. Portanto, o atendimento especializado por meio de ações integradas e políticas públicas socioeconômicas e de acesso à saúde, buscando minimizar os fatores de risco relacionados ao surgimento da DPP e dar amparo socioeconômico às mães, podem diminuir riscos de interrupção da gravidez ou de prejuízos ao desenvolvimento do bebê ou da própria relação mãe-bebê.

5.2 Como a DPP afeta a mulher e o bebê

Arrais (2005) defende em sua tese de doutorado que a idealização de uma maternidade perfeita e que ser mãe é estar no paraíso, defendidas pela sociedade, e a real

vivência da mulher no pós-parto gera um sofrimento, decepção e sensação de incapacidade na maternidade podendo levar ao desenvolvimento de DPP. A DPP pode quebrar a expectativa da relação com o bebê e passa a ver-se como uma mãe insuficiente para seu filho, sendo acompanhado de desapontamento, desânimo e tristeza.

Em mulheres que sonharam com a maternidade como Marta, na tese de Arrais (2005) na página 115, identifica-se que a gestação e o pós-parto estão “longe de ser o radioso paraíso sonhado”, e leva a uma desconstrução da maternidade.

A depressão puerperal é um adoecimento que afeta a saúde da mulher, mas repercutindo nas suas interações com o bebê e com toda a família (COUTINHO e SARAIVA, 2008). Na passagem da vida feminina, tornar-se mãe aumenta os riscos de transtornos devido às mudanças vivenciadas, tais como o aumento das responsabilidades da mulher e as dúvidas e transformações físicas e hormonais que acompanham a gestação, o parto e pós-parto (LOBATO, MORAES e REICHENHEIM, 2011).

O estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente na interação mãe-bebê, trazendo consequências no desenvolvimento afetivo, cognitivo e social do recém-nascido no médio e longo prazo (SCHWENGBER e PICCININI, 2003). Os filhos de mães com DPP são mais “propensos a atrasos no desenvolvimento cognitivo e social, distúrbios do sono, doenças diarréicas, distúrbios nutricionais e atraso no crescimento” (LOBATO, MORAES e REICHENHEIM, 2011).

5.3 Experiências de mulheres no parto

O parto é um evento fisiológico e psicossocial, que traz consequências à vida da mulher, bebê e família; por essa razão é importante respeitar as vontades e explicar os fatos que estão ocorrendo no corpo da gestante/parturiente e, depois, com o bebê. Em seu artigo, Meller e Schäfer (2011) relatam que a gestante não participa da discussão sobre seu parto, nem é informada sobre a decisão da conduta a ser tomada; deixando de fora as considerações da mãe. Como visto, estes fatores podem levar a sentimentos de insegurança e mesmo são percebidos como desrespeitosos pelas parturientes.

No estudo de Domingues, Santos e Leal (2004), o desenho transversal contendo a análise de entrevistas feitas a partir de um questionário aplicado a 246 parturientes de parto vaginal da maternidade Leila Diniz, no Rio de Janeiro, informa que 16,7% das mulheres consideraram o parto um momento ruim devido à insuficiente atenção dada pela

equipe médica, à dificuldade do parto e às complicações sofridas pelo bebê. Já 70% consideraram o parto um momento bom, justificando sua resposta ao dizer que tiveram um parto rápido, que estiveram saudáveis durante todo o tempo a mãe e o bebê e que receberam bom atendimento da equipe. As parturientes também consideraram um fator importante ao seu próprio bem-estar o fato de terem um acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

Ainda segundo Domingues, Santos e Leal (2004), as mulheres que apresentavam sentimentos negativos relacionados à gestação representaram uma taxa menor na avaliação do parto como bom. Ou seja, 40% da puérperas que avaliaram o parto como ruim já alimentavam expectativas negativas sobre a gestação e o parto. Menos da metade das parturientes entrevistadas relataram que receberam informações sobre o que acontece durante o parto e pós-parto, fato diretamente relacionado à insatisfação verificada.

Teixeira e Pereira (2006) realizaram um estudo em Cuiabá – Mato Grosso (MT) com 10 mulheres que vivenciaram o parto natural em hospital do SUS. Culturalmente o hospital é o melhor lugar para ter o filho, porém as mulheres relataram como um lugar onde tiveram medo, abandono, angústia e onde há sofrimento. O medo de morrer ou de algo de ruim acontecer com o bebê também angustia as parturientes. As mulheres entrevistadas disseram que a equipe as obrigava a ficarem deitadas, não fornecia informações e que existia uma relação de dominação, onde as parturientes eram os sujeitos dominados. As autoras concluem que esses relatos lembram que há muito por fazer para implementação ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde.

Conde e colaboradores (2007) realizaram estudo feito em Portugal com 306 mulheres que responderam um questionário de experiência e satisfação com o parto nas 48 horas após o parto, no terceiro mês e ao sexto mês decorrentes. Os pesquisadores observaram, a partir das respostas recebidas, que uma experiência de parto mais positiva contribui para o ajustamento da mulher ao novo período, para a maior disponibilidade para cuidados com o recém-nascido e mesmo para a vontade de ter outros filhos. Nos partos sem intervenções com anestesia epidural e nas cesarianas foram observadas maiores taxas de satisfação.

Cabe aos profissionais de saúde promover expectativas realistas sem diminuir a confiança e a alegria das mulheres durante o acontecimento do parto.

5.4 Visão dos profissionais sobre as práticas realizadas no parto

Um estudo do Ministério da Saúde busca entender os motivos pelo qual profissionais de um Centro Obstétrico, no sul do Brasil, ainda utilizam práticas consideradas ultrapassadas e ineficazes para a autonomia e bem-estar da parturiente durante o parto (CARVALHO *et al.*, 2012).

Os autores deste estudo entrevistaram 23 profissionais atuantes no setor, notando que várias práticas aconteciam pela conduta do próprio profissional, não existindo um protocolo de atuação. Esses profissionais realizam os procedimentos sem perguntar a opinião da mulher a respeito ou explicar sobre o motivo da realização. Os residentes – mesmo sem concordar com os procedimentos que realizam – obedecem aos preceptores, assim o modelo inadequado é transmitido aos novos trabalhadores (CARVALHO *et al.*, 2012).

Por isso, os autores argumentam que investir na capacitação dos profissionais da saúde, na formação dos estudantes e na estrutura dos serviços pode garantir maior qualidade da assistência às parturientes (CARVALHO *et al.*, 2012).

5.5 Maternidades que aderiram à humanização no parto

O movimento internacional de humanização do parto surgiu devido às altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Essas taxas podem ser atribuídas ao uso irracional das tecnologias existentes. Logo, o movimento internacional prioriza a qualidade da interação entre parturiente e os cuidadores, a utilização de tecnologia apropriada e a retirada de tecnologia e de práticas ou procedimentos danosos à saúde física e mental da mãe e do bebê. O Ministério da Saúde, em 2000, lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a fim de abranger e atingir centenas de instituições (DINIZ, 2005).

Distintamente dos hospitais e das maternidades tradicionais, as casas de parto no Brasil possuem uma proposta diferenciada para o nascimento, oferecendo maior autonomia para a mulher durante o parto. Gonçalves e colaboradores (2001) mostraram o contexto, sob o olhar das usuárias, de uma casa de parto de São Paulo. Um estudo com abordagem metodológica qualitativa utilizou como referencial a fenomenologia social de Alfred Schutz, que busca a compreensão da ação social. As mulheres entrevistadas,

segundo esta metodologia, escolheram a Casa de Parto motivadas pelas experiências vividas por elas próprias ou por terceiros. Sete puérperas foram entrevistadas onde o parto aconteceu na Casa de Parto, com as seguintes questões:

- O que levou você a procurar a Casa de Parto para dar à luz?
- Como foi a sua experiência de dar à luz na Casa de Parto?
- Como você foi cuidada?

As puérperas relataram que, durante o trabalho de parto, os profissionais atuaram em conformidade com as diretrizes do parto humanizado, informando-lhes sobre o que estava acontecendo, estando presente durante todas as etapas do parto. Relataram ainda que o ambiente físico da casa de parto era considerado mais tranquilo se comparado com os hospitais tradicionais. Os profissionais também acolheram os acompanhantes que as parturientes escolheram para participarem do parto e pós-parto.

Como a experiência do parto envolve esforços físicos, mentais, emocionais e sociais das pessoas envolvidas e ocorre num contexto biossociocultural em que os sujeitos interagem e a função de cada um dos envolvidos é importante, esse tratamento diferenciado – o do parto humanizado – tem maior capacidade de viabilizar experiência saudável e agradável durante o parto e o pós-parto, atendendo, assim, os requisitos constitucionais de respeito à dignidade humana.

5.6 A presença do acompanhante no parto

A lei 11.108/2005 assegura a presença de acompanhantes no parto. Portanto, nesta monografia, afirma-se haver a necessidade urgente de reorganização ou revisão dos serviços de saúde e da capacitação dos profissionais da saúde, em especial daqueles que atuam no campo da obstetrícia e dos cuidados neonatais.

No estudo de Bruggemann, Osis e Parpinelli (2007) realizado em Campinas, São Paulo, analisou-se a rotina de uma maternidade em que a presença do acompanhante não fazia parte da rotina. Fez-se um estudo comparativo junto às parturientes para analisar o momento parto das mães que, como de rotina, estavam sem o acompanhante e o de parturientes escolhidas que puderam contar com um acompanhante durante o parto.

Os profissionais de saúde que nunca tinham tido experiências com acompanhantes durante o parto manifestaram expectativa negativa quanto a esse procedimento. Contudo, houve, de fato, a superação destas expectativas como consequência da experiência

positiva decorrente da presença dos acompanhantes. Também os acompanhantes questionados consideraram a experiência boa, sentindo-se confiantes para ajudar e apoiar as mães. Inclusive, esses acompanhantes consideraram-se bem recebidos pela equipe de saúde.

Nesse sentido, a presença do acompanhante trouxe, comparativamente resultados melhores associados à experiência de parto e pós-parto das parturientes.

Assim, observa-se, claramente, que o cumprimento das normas provenientes do PHPN levam a uma melhor percepção do parto por parte de mães, acompanhantes e profissionais de saúde, contribuindo para a humanização do SUS e do momento do parto. Essas evidências, portanto, indicam que, com mais estudos a cerca do tema, poder-se-á encontrar dados concretos da relação da DPP com o parto não humanizado.

Tabela 1: Lista dos artigos encontrados e utilizados na revisão bibliográfica.

Autores	Título do artigo	Revista	Volume	Ano
Meller e Schäfer	Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006.	Ciência e Saúde Coletiva	16	2011
Domingues, Santos e Leal	Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate.	Caderno de Saúde Pública	20	2004
Teixeira e Pereira	Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT.	Revista brasileira de Enfermagem	59	2006
Conde e colaboradores	Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto.	Psicologia, Saúde e Doenças	8	2007
Arrais	As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante.	Tese doutorado		2005
Bruggeman, Osis e Parpinelli	Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher.	Revista de Saúde Pública	41	2007
Carvalho e colaboradores	Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal.	Revista escola de Enfermagem da USP	46	2012
Coutinho e Saraiva	Depressão pós-parto: considerações teóricas.	Revista de Psicologia da UFRJ	8	2008
Diniz	Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.	Ciência e Saúde Coletiva	10	2005

Fonseca, Silva e Otta	Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna.	Caderno de Saúde Pública	26	2010
Goncalves, Aguiar, Merighi e Jesus	Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias.	Revista escola de Enfermagem da USP	45	2011
Lobato, Moraes e Reichenheim	Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática	Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil	11	2011
Moraes, Pinheiro, Silva, Horta, Sousa e Faria	Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados.	Revista de Saúde Pública	40	2006
Rattner	Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico.	Interface	13	2009
Ruschi e colaboradores	Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira.	Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul	29	2007
Schwengber e Piccinini	O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê.	Estudos de psicologia	8	2003
Wolff e Waldow	Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.	Saúde e Sociedade	17	2008
Zambaldi, Cantilino e Sougey	Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura.	Jornal brasileiro de psiquiatria	58	2009
Azevedo e Arrais	O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto.	Psicologia: reflexão e crítica	19	2006

Tabela 2: Lista de assuntos abordados nos artigos utilizados na revisão bibliográfica.

Nome	Ano	Autores	Assunto
1-Depressão pos-parto: considerações teoricas	2008	Coutinho e Saraiva	Sintomas, descrição e fatores associados a DPP. Prevalência, instrumentos de diagnostico. Repercussões na vida familiar.
2-Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto:contribuição para o debate	2004	Domingues, Santos e Leal	Estudo transversal com analise das entrevistas as puérperas de parto vaginal da Maternidade Leila Diniz-RJ. 246 entrevistadas. Averiguação do grau de satisfação das mulheres.
3-Relação entre depressão pos-parto e disponibilidade emocional	2010	Fonseca, Silva e Otta	Avaliação da relação mãe-bebê. Concluíram que os sintomas de DPP não influenciaram na interação mãe-bebê. A sensibilidade materna é influenciada por fatores sócio- cognitivos e afetivos.
4-Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto	2008	Wolff e Waldow	Relatos de mulheres sobre parto e trabalho de parto. Seção da tese de doutorado de uma das autoras. A violência considerada rotina e as mulheres não denunciam por medo, opressão ou falta de conhecimento.
5-Magnitude da depressão	2011	Lobato, Moraes e	Revisão dos estudos da DPP no Brasil.

pos parto no Brasil: uma revisão sistemática		Reichenheim	As causas da DPP podem ser experiências do parto. Mulheres 2x mais chances de depressão do que homens.
6-Prevalência da Depressão pos-parto e fatores associados	2006	Moraes e colaboradores.	Estudo realizado com mães na cidade de Pelotas-RS em 2000 em hospitais. 20,7% de chances de desenvolver DPP as parturientes sem acompanhante.
7-Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teorico	2009	Rattner	Resgate histórico dos movimentos de humanização do nascimento no Brasil. Políticas de humanização. Formas de violência durante o parto.
8-O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebe	2003	Schwengber e Piccinini	Características da DPP e fatores de risco. A DPP afeta a qualidade da responsividade materna em relação ao filho. O estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente na interação mãe-bebê, trazendo consequências no desenvolvimento afetivo, cognitivo e social do recém-nascido no médio e longo prazo
9-Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiaba- MT	2006	Teixeira e Pereira	Entrevista a 10 mulheres atendidas em hospitais do SUS, em Cuiabá, com parto normal. O hospital como pior lugar com sofrimento, abandono e realidade

			não corresponde às expectativas.
10-Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura	2009	Zambaldi, Cantilino e Sougey	Revisão de literatura. Verifica a prevalência e fatores de risco para partos traumáticos. Experiências podem causar seqüelas e traumas, não sendo raros os casos.
11-Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento	2005	Carmen Simone Grilo Diniz	Movimento de humanização. Políticas de humanização desenvolvidas no Brasil e no mundo relacionadas ao parto. Estudo de 2 maternidades humanizadas brasileiras Respeito aos direitos das mães, manejo da dor e atribuições profissionais.
12-Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias	2011	Gonçalves, Aguiar, Merighi e Jesus	Entrevista e relato de experiências de 7 puérperas da casa de parto de São Paulo em 2007. A mulher que procura a casa de parto busca pela humanização e pela proposta diferenciada oferecida pelo serviço.
13-Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006	2011	Meller, Schäfer	Estudo transversal de um recorte da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS). Análise da prevalência dos tipos de parto e os fatores associados a eles.
14-Como os trabalhadores de	2012	Carvalho, Kerber,	Pesquisa com 23 trabalhadores de um Centro Obstétrico no Sul do

um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal		Busanello, Gonçalves, Rodrigues, Azambuja.	Brasil, com três núcleos temáticos: -Ações e condutas na dependência do trabalhador de saúde; -Práticas rotineiras como facilitadoras do trabalho; -Restrição da participação da parturiente no processo decisório. Falta de um protocolo de atendimento e implementação do PNHN.
15-As configurações subjetivas da depressão pos-parto para além da padronização patologizante	2005	Alessandra da Rocha Arrais	Caracterização do puerpério e da DPP Construção da maternidade e o papel da mulher na sociedade atual.
16- Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher.	2007	Bruggeman, Osis e Parpinelli	Os profissionais de saúde numa maternidade sem a rotina do acompanhante manifestaram expectativa negativa e foi superada pela experiência positiva da presença dos acompanhantes. O acompanhante considerou a experiência boa.
17- Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto.	2007	Conde e colaboradores	Estudo realizado com 306 mulheres que responderam um questionário de satisfação em três momentos diferentes após o parto. A experiência do parto positiva contribui ao ajustamento da mulher ao novo estado de vida.
18- Aspectos	2007	Ruschi e colaboradores	Estudo epidemiológico com 292 mulheres usuárias do SUS com a

epidemiológicos da depressão
pós-parto em amostra
brasileira.

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), sendo que
39,4% das mulheres foram consideradas deprimidas.
Necessidade de capacitar os profissionais para identificar no início
e depressão devido a ampla prevalência.

19- O mito da mãe exclusiva 2006
e seu impacto na depressão
pós-parto.

Azevedo e Arrais

Predisposições a DPP, como ansiedade e culpa geradas pela
sensação de incapacidade e dificuldades em enfrentar as situações
em relação ao filho.
Frustração por não sentir a realização da maternidade pregada pela
sociedade.

6. CONCLUSÃO

Na revisão bibliográfica foram selecionados diversos artigos, porém, nenhum artigo associava diretamente a humanização no parto como fator que diminuísse riscos a DPP. Essa foi, então, a hipótese lançada nesta monografia. A anterior constatação denota que o assunto é, até o presente momento, pouco explorado por pesquisadores e profissionais de saúde.

Sabe-se que o parto humanizado traz benefícios a todos envolvidos e confere maior autonomia à mulher. Por outro lado, a violência obstétrica causa diversos efeitos nocivos à parturiente, à família e ao bebê, tais como a crise de identidade materna e dificuldade de vinculação com o filho. Também favorece o aparecimento de DPP, devido a traumas e quebra de expectativas. Além disso, a imposição de procedimentos desnecessários e a rotineira tendência de não informar a mulher sobre o parto e o pós-parto são práticas consideradas violentas. Dessa forma, sugere-se com esse estudo que o Programa de Humanização do Parto e Nascimento pode ser uma proteção ao desenvolvimento da depressão pós-parto.

Dessa forma, o primeiro passo da humanização é o de fornecer informação à mulher; acolhê-la e ao seu acompanhante; promover seu bem-estar, em particular na vivência do pré-natal, parto e pós-parto. Assim, as equipes profissionais de saúde devem tentar minimizar os riscos à saúde física e mental da mulher e do bebê, mas também tentar ouvir a vontade e as expectativas da parturiente. Para tanto, sugere-se que o SUS implemente em toda sua rede o atendimento humanizado, pois é o que respeita os seres humanos envolvidos.

Em todos os relatos e nas experiências de mulheres parturientes consta o registro de seu medo em relação ao parto e aos perigos à sua vida e saúde e à do bebê. Na gestação as alterações hormonais e as dúvidas são comuns, e a mulher também idealiza como pode ser o momento do parto. Os profissionais que lidam com as gestantes e as parturientes têm o dever de fornecer informação, tirar dúvidas e informar sobre o estado de saúde da mãe e bebê e estimular à gestante a adoção do parto humanizado como estratégia de saúde que prioriza o bem estar de todos os envolvidos.

Nenhum artigo que associava diretamente a humanização no parto como fator que diminuísse riscos a DPP foi encontrado. Portanto, mais pesquisas na área devem ser realizadas para ampliação e divulgação de conhecimentos referentes ao parto e suas estratégias de humanização, bem como o estudo de locais que aderiram à humanização,

pois a maioria dos artigos encontrados denunciava a violência no parto e de Centros Obstétricos que não cumprem as determinações do Ministério da Saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRAIS, Alessandra da Rocha. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante.** Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Psicologia como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia. Brasília: Universidade de Brasília, 2005.

AZEVEDO, Kátia Rosa e ARRAIS, Alessandra da Rocha. **O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto.** Psicologia, Reflexão e Crítica [online]. 2006, vol.19, n.2, pp. 269-276. ISSN 0102-7972.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto:** humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Secretaria Executiva do MS, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada – Manual técnico/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.unitau.br/scripts/2009/arquivos_medicina/manual_tecnico_pre_natal_e_puerperio.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e nascimento.** Cadernos HumanizaSUS; v.4. Brasília, 2014. ISBN 978-85-334-2136-3

BRUGGEMANN, Odaléa Maria; OSIS, Maria José Duarte; PARPINELLI, Mary Angela. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Revista Saúde Pública** [online]. 2007, vol.41, n.1, pp. 44-52. Epub Nov 28, 2006. ISSN 0034-8910.

CARVALHO, Vanessa Franco de *et al.* Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Revista escola de enfermagem.** USP [online]. 2012, vol.46, n.1, pp. 30-37. ISSN 0080-6234.

CONDE, Ana *et al.* Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. **Psicologia, Saúde & Doenças** [online]. 2007, vol.8, n.1, pp. 49-66. ISSN 1645-0086.

COUTINHO, Maria da Penha de L.; SARAIVA, Evelyn Rúbia de A. Depressão-pós parto: considerações teóricas. **Revista de Psicologia da UFRJ**, ano 8, n. 3, 2008, pp.759-733. ISSN 1808-4281.

DINIZ, Carmem, S, G; Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 627-637. ISSN 1413-8123.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos e LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Caderno de Saúde Pública**, vol.20, supl.1, 2004, pp. S52-S62. ISSN 0102-311X.

FONSECA, Vera Regina J. R. M.; SILVA, Gabriela Andrade da; OTTA, Emma. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Caderno de Saúde Pública**, vol.26, n.4, 2010, pp. 738-746. ISSN 0102-311X.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); Escola nacional de Saúde Pública. **Projeto- nascer no Brasil**: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Rio de Janeiro: 2013. Acesso em 12.06.2013. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>

GONCALVES, Roselane; AGUIAR, Cláudia de Azevedo; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; JESUS, Maria Cristina Pinto de. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Revista escola de enfermagem USP** [online]. 2011, vol.45, n.1, pp. 62-70. ISSN 0080-6234.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LOBATO, Gustavo; MORAES, Claudia L; REICHENHEIM, Michael E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, vol.11, n.4, 2011, pp. 369-379. ISSN 1519-3829.

MELLER, Fernanda de Oliveira; SCHAFER, Antônio Augusto. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. **Ciência e saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.9, pp. 3829-3835. ISSN 1413-8123.

MORAES, Inácia Gomes da Silva; PINHEIRO, Ricardo Tavares; SILVA, Ricardo Azevedo da; HORTA, Bernardo Lessa; SOUSA, Paulo Luis Rosa; FARIA, Augusto Duarte. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista Saúde Pública**, vol. 40, n.1, 2006, pp. 65-70. ISSN 0034-8910.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface**, Botucatu, vol.13, suppl.1, 2009, pp. 595-602. ISSN 1807-5762.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral *et al.* Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul** [online]. 2007, vol.29, n.3, pp. 274-280. ISSN 0101-8108.

SCHWENGBER, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de psicologia**, Natal, vol.8, n.3, 2003, pp. 403-411. ISSN 1413-294X.

TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuibá - MT. **Revista brasileira de Enfermagem**, vol.59, n.6, 2006, pp. 740-744. ISSN 0034-7167.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e sociedade** [online]. 2008, vol.17, n.3, pp. 138-151. ISSN 0104-1290.

ZAMBALDI, Carla Fonseca; CANTILINO, Amaury; SOUGEY, Everton Botelho. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, vol.58, n.4, 2009, pp. 252-257. ISSN 0047-2085.

8. BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1990.

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