



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ESTANISLAU SANCHER DA SILVA COELHO
VICTOR HUGO CASTRO CARDOSO
YASHA MOTA MASSENA

DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

MACAPÁ – AP
2023

**ESTANISLAU SANCHER DA SILVA COELHO
VICTOR HUGO CASTRO CARDOSO
YASHA MOTA MASSENA**

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal do
Amapá como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Dra Rosemary Ferreira de
Andrade.

MACAPÁ - AP
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central/UNIFAP-Macapá-AP
Elaborado por Mário das Graças Carvalho Lima Júnior – CRB-2 / 1451

C672 Coelho, Estanislau Sancher da Silva.

Depressão pós parto em mulheres vítimas de violência obstétrica: uma revisão de literatura / Estanislau Sancher da Silva Coelho, Victor Hugo Castro Cardoso, Yasha Mota Massena. - Macapá, 2023.

1 recurso eletrônico. 14 folhas.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Curso de Enfermagem, Macapá, 2023.

Orientadora: Rosemary Ferreira de Andrade .

Modo de acesso: World Wide Web.

Formato de arquivo: Portable Document Format (PDF).

1. Depressão pós-parto. 2. Violência obstétrica. 3. Maternidade. I. Andrade, Rosemary Ferreira de, orientadora. II. Universidade Federal do Amapá. III. Título.

CDD 23. ed. – 610.73

COELHO, Estanislau Sancher da Silva, CARDOSO, Victor Hugo Castro, MASSENA, Yasha Mota. **Depressão pós parto em mulheres vítimas de violência obstétrica**: uma revisão de literatura. Orientador: Rosemary Ferreira de Andrade . 2023. 14 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Coordenação do Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2023.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Amapá
como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Dra Rosemary Ferreira de Andrade.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 ROSEMARY FERREIRA DE ANDRADE
Data: 31/05/2023 14:21:31-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Rosemary Ferreira de Andrade
Orientadora

Documento assinado digitalmente
 ANNELI MERCEDES CELIS DE CARDENAS
Data: 01/06/2023 00:20:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Anneli Celis de Cárdenas
Membro

Documento assinado digitalmente
 NELY DAYSE SANTOS DA MATA
Data: 02/06/2023 18:45:41-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Nely Dayse Santos da Mata
Membro

Aprovado em: 12/05/2023.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Estanislau Sancher da Silva Coelho¹, Victor Hugo Castro Cardoso², Yasha Mota Massena³,
Rosemary Ferreira de Andrade⁴

RESUMO

Objetivo: identificar nas evidências disponíveis na literatura, nos anos de 2013 a 2023, os tipos de violência obstétrica e sua relação com a depressão pós-parto. **Métodos:** trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura do tipo descritiva exploratória. A pesquisa foi realizada nas bases de dados de Biblioteca Virtual em Saúde, indexados na Biblioteca Nacional de Medicina do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, Biblioteca Eletrônica Científica Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Base de Dados. Os descritores utilizados foram “Depressão Pós-Parto” e “Violência Obstétrica”. A pesquisa resultou no total de 247 artigos encontrados nas bases de dados; destes, 20 foram selecionados seguindo os critérios de inclusão, submetidos à análise qualitativa detalhada. **Resultados:** mediante análise das 20 publicações inclusas neste artigo, construíram-se duas categorias analíticas para discussão: Violência Obstétrica e Depressão Pós-Parto: Contextualização e Inter-relação entre violência obstétrica e depressão pós-parto. Nessas categorias, pode-se identificar que o conhecimento sobre o significado da violência obstétrica e suas consequências pode diminuir os transtornos psiquiátricos em mulheres em fase puerperal. **Conclusão:** o presente estudo constatou que a depressão pós-parto, associada à violência obstétrica, tem o potencial de ocasionar uma hiperativação, resultando em humor deprimido, e pode resultar em traumas para o resto da vida da mulher.

Palavras-Chave: Depressão pós-parto, Violência Obstétrica, Maternidade.

ABSTRACT

Objective: to identify, in the evidence available in the literature, from 2013 to 2023, the types of obstetric violence and their relationship with postpartum depression. **Methods:** this is an integrative literature review of the exploratory descriptive type. The search was carried out in the Virtual Health Library databases, indexed in the National Library of Medicine of the National Institutes of Health of the United States, Online Scientific Electronic Library, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and Database. The descriptors used were “Postpartum Depression” and “Obstetric Violence”. The search resulted in a total of 247 articles found in the databases; of these, 20 were selected following the inclusion criteria, submitted to detailed qualitative analysis. **Results:** through the analysis of the 20 publications included in this article, two analytical categories were constructed for discussion: Obstetric Violence and Postpartum Depression: Contextualization and

Interrelationship between obstetric violence and postpartum depression. In these categories, it can be identified that knowledge about the meaning of obstetric violence and its consequences can reduce psychiatric disorders in women in the puerperal phase. **Conclusion:** the present study found that postpartum depression, associated with obstetric violence, has the potential to cause hyperactivation, resulting in depressed mood, and can result in trauma for the rest of the woman's life.

Keywords: Postpartum depression, Obstetric violence, Maternity.

INTRODUÇÃO

A Depressão Pós-Parto (DPP), de acordo com Krob *et al.* (2017), engloba um conjunto de sintomas que incluem alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas. A DPP geralmente se inicia entre a quarta e a oitava semana após o parto, momento marcado por mudanças hormonais e sociais na organização familiar e na identidade feminina. No Brasil, a prevalência de DPP é de cerca de 26,00%, sendo mais elevada que a média estimada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para países de baixa renda, equivalente a quase 20,00% e, aproximadamente, 25,00% das puérperas apresentam sintomas de depressão, no período de seis a 18 meses pós-parto.

A violência obstétrica se configura como todo tipo de violência que ocorre durante o período de gestação, parto e puerpério, podendo apresentar-se no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e pós-parto. Trata-se de qualquer ato exercido por profissionais de saúde que caracterize um atendimento desumanizado, procedimentos desnecessários abusivos, medicação e todo ato que modifique o processo natural do parto, como maus-tratos físicos, psíquicos e verbais, impactando de forma negativa a qualidade de vida das mulheres, com a perda da sua autonomia ou do livre arbítrio sob seu próprio corpo (MARTINS *et al.*, 2019).

Sauaia e Serra (2016, p.133) citam formas de violência obstétrica que ocorrem nos ambientes hospitalares, tais como:

[...] a recusa de admissão em hospital ou maternidade; proibição da entrada do acompanhante escolhido pela mulher; uso de ocitócitos para acelerar o trabalho de parto; episiotomia de rotina; manobra de Kristeller; restrição da posição do parto; violência psicológica; impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o trabalho de parto; impedir o alojamento conjunto da mãe e o neonato; impedir ou dificultar o aleitamento materno; além da realização de procedimentos dolorosos e desnecessários como: uso rotineiro de lavagem intestinal (enema), retirada dos pelos pubianos (tricotomia), posição

ginecológica com portas abertas, privação de alimentos e água, imobilização de braços e pernas, etc.

Cabe destacar que a violência institucional obstétrica é relacionada como uma violência praticada pelas equipes de saúde e consentida por mulheres em trabalho de parto e parto. Esse fato está atrelado a diversos fatores, como: as mulheres desconhecem o processo fisiológico e práticas de assistência durante o trabalho de parto e parto e acreditam que o médico e/ou a equipe de saúde sejam detentores de conhecimentos e habilidades técnicas (SILVA *et al.*, 2017). Esse tipo de violência é um fenômeno que vem acontecendo há algumas décadas na América Latina (ZANARDO *et al.*, 2017).

De acordo com García, Díaz e Acosta (2013), uma característica comum às gestantes é a falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos que serão realizados na evolução do trabalho de parto. Martins *et al.* (2019) apontam que, durante o trabalho de parto, a mulher se sente vulnerável, pois é uma experiência extrema; logo, profissionais da saúde devem torná-la o mais agradável possível para a mulher, adotando medidas que possam tornar o momento do parto e nascimento calmo e sem traumas, algo emocionante e alegre, que proporcione lembranças aprazíveis.

No Brasil, a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), em 1993, e do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000, são marcos históricos para promoção dos direitos humanos das mulheres, destacando-os durante o trabalho de parto e parto (MARTINELLI *et al.*, 2014; DINIZ *et al.*, 2015).

Segundo Tesser (2015), a pesquisa de 2014 Nascer no Brasil contemplou uma amostra representativa dos partos hospitalares de todo o país (266 maternidades públicas e privadas, com 500 ou mais partos anuais, em 191 municípios), entrevistou mais de 23 mil mulheres e mostrou que as práticas prejudiciais/ineficazes acima mencionadas ainda são rotina no país. Entre as entrevistadas, 70% foram rotineiramente punccionadas, 40% receberam ocitocina e realizou-se amniotomia em 40%. Entre as mulheres que pariram (48% da amostra), 92% estavam em posição de litotomia (deitadas), 56% foram submetidas a episiotomia, 37% receberam a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero durante o período expulsivo). Somente 26% puderam se alimentar, 46% puderam se movimentar durante o trabalho de parto e 18,7% contaram com acompanhante. Apenas 5% tiveram partos sem nenhuma intervenção (TESSER; KNOBEL; ANDREZZO; DINIZ, 2015).

É importante enfatizar que práticas profissionais negativas ocorrem devido à falta de humanização e podem causar danos físicos e psicológicos às parturientes. Essas práticas estão presentes nas instituições de saúde devido à perpetuação de modelos

inadequados, incentivados por estrutura física insuficiente, falta de insumos e por profissionais acreditarem que são os únicos detentores de conhecimento.

Perez, Oliveira e Lago (2015) observaram que a violência institucional obstétrica ocorre no pré-natal ou pré-parto por negligência no atendimento à mulher, omissão de informações suficientes para que a mesma tome suas decisões, agendamento de cesariana sem indicação clínica e peregrinação da mulher no período reprodutivo. Desse modo, sofrer ou ter sofrido alguma agressão física ou psicológica durante o trabalho de parto pode tornar-se um gatilho para o desenvolvimento da DPP, também chamada de depressão maternal ou depressão pós-natal, a qual é um transtorno psiquiátrico que causa inúmeras modificações comportamentais nos indivíduos do sexo feminino (LIMA *et al.*, 2023).

De acordo com Santos *et al.* (2022), existem denominadores comuns entre a assistência ao parto e transtornos psiquiátricos, como experiências dolorosas e desagradáveis, falta de informações e expectativas quebradas em relação ao atendimento da equipe de saúde, submetimento a procedimentos desnecessários e mal-informados. Outro fator muito relevante é a falta de identidade da mulher no momento de escolhas em relação ao seu próprio corpo, quando ela se sente desamparada, em situações humilhantes, com dúvidas e medos, em relação a sua saúde e a do seu bebê.

Sarzana *et al.* (2018) explicam que os danos psicológicos decorrentes desse tipo de violência podem sobrecarregar e modificar o estilo e a qualidade de vida dessas mulheres, o que possibilita o acometimento por transtornos mentais como ansiedade e DPP, prejudicando a vivência dessas mães com seus filhos e família, além de outra experiência com a maternidade. Nesse conjunto de sentidos e necessidades, a busca pela democratização das relações de poder entre os sujeitos no campo da saúde, na relação usuário-profissional, com a promoção do acolhimento e do cuidado integral e sensível às necessidades psíquicas, culturais e sociais, faz-se necessária. Deve-se dar por meio de um processo dialógico nas ações de cuidado voltadas à gestante, pois muitas vezes é submetida a procedimentos clínicos que apresentam nocividades ao corpo e à mente, desencadeando processos comprometedores da saúde física e mental (OLIVEIRA; MAIA, 2020).

Diante disso, justifica-se a realização desta pesquisa e torna-se fundamental a identificação precoce de sinais de sofrimento psíquico em mulheres no período pós-parto, no sentido de prevenir a DPP e as repercussões negativas que essa condição pode causar. Os resultados desta pesquisa poderão ser utilizados para ampliar o conhecimento na área da enfermagem obstétrica e enfermagem em saúde mental, garantindo assim uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada à puérpera, ao recém-nascido e sua família. Tem-se como objetivo identificar os tipos de violência obstétrica e sua relação com a depressão pós-parto.

MÉTODOS

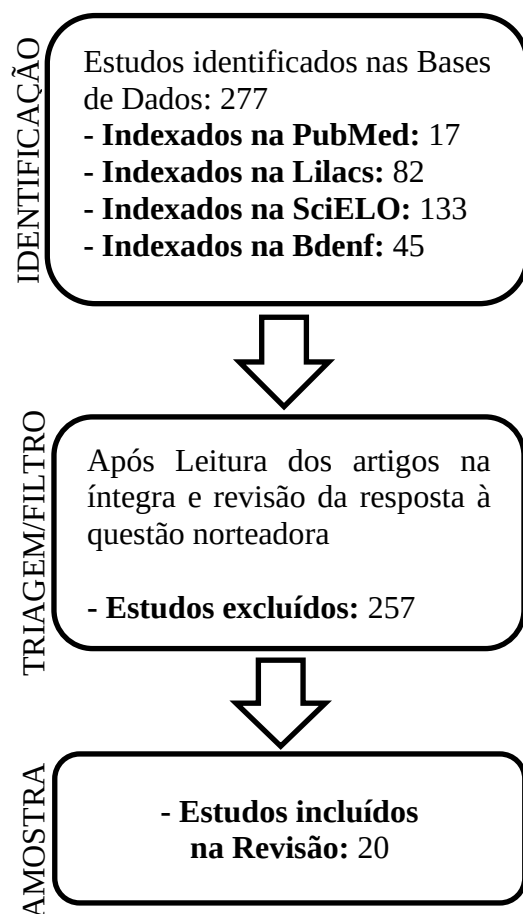
Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) do tipo descritiva exploratória. A busca por informações para compor este artigo foi realizada através de outros estudos que reúnem conhecimentos de outros autores que comprovem a eficácia científica do tema abordado. Sousa *et al.* (2017) definem a RIL como um método de investigação que permite a procura, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre um tema investigado. Além disso, apontam que o produto final é o estado do conhecimento do tema proposto, a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados e na redução de custos e que a RIL permite a identificação de fragilidades que poderão conduzir ao desenvolvimento de futuras investigações.

Para a elaboração da pergunta norteadora da pesquisa, foi utilizada a estratégia PICO, considerando-se P (problema): depressão pós-parto; I (intervenção): diferentes tipos de violência obstétrica; C (comparação): sem comparação; O (desfecho): publicações disponíveis no período de 2013 a 2023. Sendo assim, a pergunta elaborada foi: De que forma as publicações disponíveis no período de 2013 a 2023 evidenciam a violência obstétrica como causadora de depressão pós-parto?

A pesquisa foi realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), indexados na Biblioteca Nacional de Medicina do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (PubMed), Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Base de Dados em Enfermagem (Bdenf), no período do estudo.

Os descritores utilizados na pesquisa encontram-se indexados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles “Depressão Pós-Parto” e “Violência Obstétrica”. A pesquisa resultou no total de 247 artigos encontrados; destes, 20 foram selecionados seguindo os critérios de inclusão, submetidos a análise qualitativa detalhada e discutidos, conforme o Fluxograma 1 e Tabela 1. A seleção dos estudos foi realizada de acordo com o tema de pesquisa e ano de publicação do periódico. Dessa forma, foram escolhidos somente estudos científicos completos e gratuitos, no idioma Português e consoantes com os objetivos do estudo.

Fluxograma 1: Identificação dos estudos por meio de Banco de Dados.



Fonte: Autores (2023).

Quadro 1: Descrição dos artigos incluídos.

TÍTULO	PERIÓDICO/ANO	AUTOR(ES)
1. Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto.	Rev. Psicol. Saúde , v. 9, n. 3, 2017.	KROB, A. D. <i>et al.</i>
2. Transtorno depressivo em mulheres no período pós-parto: análise segundo a raça/cor autorreferida.	Acta Paul Enferm. , v. 36, eAPE03451, 2023.	LIMA, R. V. A. <i>et al.</i>
3. Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social.	Esc Anna Nery , v. ;26, e20210265, 2022.	SANTOS-CUNHA, M. L. <i>et al.</i>
4. Desrespeitos e abusos, maus-tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil.	Ciência & Saúde Coletiva , v. 27, n. 2, p. 483-491, 2022.	LEITE, T. H. <i>et al.</i>

5. O desenvolvimento de depressão puerperal após violência obstétrica: Uma revisão.	Research, Society and Development. , v. 11, n. 6, e25011629176, 2022.	CARDOZO, M. M. <i>et al.</i>
6. Características clínicas e fatores de risco da depressão pós-parto: uma revisão de literatura.	Revista Eletrônica Acervo Médico , v. 5, p. 1-7, 2022.	SANTOS-SOUZA, F. <i>et al.</i>
7. A violência obstétrica e os seus danos à saúde psicológica da Mulher.	Anais do 19º Encontro Científico Cultural Interinstitucional – 2021.	FORTES, A. A.; PAULA, K. A.; SOFIA, G. E.
8. Depressão pós-parto: análise da ocorrência em mulheres em Espírito Santo do Pinhal – SP e Jacutinga – MG.	Revista Faculdades do Saber , v. 5, n. 10, p. 665-679, 2020.	MAINETI, S. <i>et al.</i>
9. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de Proteção.	Psicologia, Saúde & Doenças , v. 18, n. 3, 828-845, 2017.	ARRAIS, A. A.; ARAÚJO, T. C. C. F.
10. Reflexões sobre as agressões causadas ao psicológico materno pela violência obstétrica: um estudo de Revisão Integrativa.	Rev. UNINGÁ , v. 56, n. S1, p. 159-171, 2019.	SILVA, F. L.; SOUZA, A. L. S.; LEITE, C. D. B.
11. Gestão do cuidado na saúde mental sob a perspectiva da rede de atenção à saúde.	REME - Rev Min Enferm. , v. 22, e-1144, 2018.	SARZANA, M. B. G. <i>et al.</i>
12. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto.	Revista Gestão & Saúde , v. 19, n. 1, p. 19-37, 2018.	BRANDT, G. P. <i>et al.</i>
13. Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017.	Epidemiol. Serv. Saude , v. 30, n. 4, e20201064, 2021.	SANTOS, D. E. <i>et al.</i>
14. Violência obstétrica e suas implicações no processo de parto: uma revisão de literatura.	Repositório Universitário da Ânima (RUNA) , 2022.	MACHADO, M. C. M.; BOHRER, V. S.; KUSE, E. A.
15. “Na hora de fazer não chorou”: a violência obstétrica e suas expressões.	Revista Estudos Feministas , v. 30, n. 3, e71008, 2022.	MEDEIROS, R. C. S.; NASCIMENTO, E. G. C.
16. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características.	Rev. Latino-Am. Enfermagem , v. 26, e 3069, 2018.	JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M.
17. Depressão pós-parto e afetos predominantes na gestação, parto e pós-parto.	Interação em Psicologia , v. 23, n. 2, 2019.	CARVALHO, M. T.; BENINCASA, M.

18. Implicações da violência obstétrica para as mulheres durante o parto eutócico hospitalar: uma revisão sistemática.	Temas em Saúde , v. 20, n. 1, 2020.	OLIVEIRA, E. L.; MAIA, E. M. C.
19. Violência obstétrica: um desafio para saúde pública no Brasil.	Página Grená , 2021.	HENRIQUES, T.
20. Violência obstétrica: conceito, espécies e proteção legal contra as ações violentas contra a mulher.	Conexão Acadêmica , v. 12, 2021.	LIRO, Y. K. S.; AZEVEDO, I. T. R.

Fonte: Bases de Dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisados os dados das 20 publicações incluídas neste artigo, observou-se que 30% (seis) delas foram escritas no ano de 2022, 20% (quatro) no ano de 2021, 15% (três) no ano de 2018, 10% (duas) no ano de 2020, 10% (duas) no ano de 2019, 10% (duas) no ano de 2017 e 5% (uma) no ano de 2023, o que demonstra a contemporaneidade do tema e sua importância como problema de saúde pública em nível global. Todos os estudos (100%) foram realizados no Brasil com idioma Português.

Conforme análise dos artigos, foram construídas duas categorias analíticas para discussão: 1- Violência Obstétrica e Depressão Pós-Parto: contextualização; e 2- Inter-relação entre violência obstétrica e depressão pós-parto (Quadro 2).

Quadro 2: Síntese dos resultados dos artigos incluídos na revisão.

Categorias oriundas dos artigos analisados	Estratificação	Artigos relacionados
1. Violência Obstétrica e Depressão Pós-Parto: contextualização	- Conceito de Violência Obstétrica e Depressão Pós-Parto	1,2,3,4,5,6,7,8,10,13,15,16,17,18,19
	- Epidemiologia da Violência Obstétrica e Depressão Pós-Parto	1,2,3,4,6,7,9,12,15,16,19,20

	- Etiologia, Fatores de Risco e tipos de Violência Obstétrica e Depressão Pós-Parto	3,4,5,6,7,9,10,13,9,19,20
2. Inter-relação entre Violência Obstétrica e Depressão Pós-Parto	- Violência obstétrica e os seus danos à saúde psicológica da mulher	2,5,6,7,8,10,12,13,15,18
	- Legislação, Políticas Públicas e Assistência à Saúde Mental	4,10,11,14,16,19,20

Fonte: Autores (2023).

1. Violência Obstétrica e Depressão Pós-Parto: contextualização

O tema “Violência Obstétrica”, conforme o Estudo 12 (Brandt *et al.*, 2018), começou a ganhar visibilidade por meio de movimentos feministas, obras artísticas, documentários, na segunda década do século XX. No Brasil no final da década de 1980, movimentos feministas descreveram explicitamente através da obra “Espelho de vênus” o parto institucionalizado como uma vivência traumática e violenta, o que gerou nos profissionais de saúde resistência em reconhecer o tratamento prestado como violência.

O Estudo 4 (Leite *et al.*, 2022) destaca que a violência contra a mulher pode se manifestar de forma coletiva e interpessoal. A coletiva está relacionada a atos cometidos pelo Estado ou instituições, como violência, escravidão sexual durante guerras e conflitos, violência policial e terrorismo. A interpessoal se refere à violência praticada por indivíduos com ou sem vínculo pessoal com a vítima, geralmente ocorre dentro do domicílio ou na comunidade, incluindo a violência doméstica de natureza psicológica, física e sexual, assédio sexual, estupro, mutilação genital, entre outras.

Os estudos 4 (Leite *et al.*, 2022), 7 (Fortes; Paula; Sofia, 2021), 19 (Henriques, 2021) e 20 (Liro; Azevedo, 2021) ressaltam que as mulheres também podem sofrer maus-tratos, abusos e algum tipo de violência durante a gestação, parto e puerpério por parte de profissionais de saúde. Citam que, no Brasil, dados hospitalares de 2011 e 2015 constataram prevalência de violência obstétrica de 44,3%, e 18,3%, respectivamente, comprometendo os direitos humanos fundamentais das mulheres e configurando-se como problema de saúde pública em nível mundial. Procedimentos incluindo toques vaginais excessivos e por múltiplos profissionais, episiotomia de rotina, manobra de *kristeller*, aminiotomia precoce, uso de ocitocina de rotina, cesariana sem indicação clínica e imposição da posição do parto são práticas não recomendadas na atenção ao parto.

Sobre o parto cesáreo, o Estudo 10 (Silva; Souza; Leite, 2019) explica que é um procedimento invasivo, que traz grandes riscos para a mãe e o bebê e deve ser realizado apenas em casos extremos, nos casos de apresentação pélvica e transversa, desproporção cefalopélvica, em complicações decorrentes de hemorragias no final do ciclo gravídico e doenças hipertensivas da gestação, respectivamente, descolamento prematuro de placenta (DPP) e placenta prévia (PP), hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de HELLP, diabetes gestacional, amniorrexe precoce e sofrimento fetal.

Sobre a episiotomia, o Estudo 12 (Brandt *et al.*, 2018) e o Estudo 15 (Medeiros; Nascimento, 2022) citam que a OMS recomenda que o índice de episiotomia não ultrapasse 10% nos partos vaginais, por elevar o risco de laceração de períneo, incontinência urinária e fecal, infecção e hemorragia e por gerar problemas relacionados à vida sexual da paciente. Apontam outra pesquisa realizada em Recife, em 2014, com 603 puérperas, revelando índices bastante altos referentes às intervenções durante o parto (86,5%).

Ainda o Estudo 12 (Brandt *et al.*, 2018), o Estudo 15 (Medeiros; Nascimento, 2022) e o Estudo 18 (Oliveira; Maia, 2020) destacam um tipo de violência também cruel, a verbal, que provoca na parturiente o sentimento de inferioridade, humilhação, perda de integridade e dignidade, ferindo o momento do parto e marcando-o negativamente. Reforça-se que o uso de jargões pejorativos, ameaças e reprimendas durante o “trabalho de parto” gera sofrimento nas mulheres. Entre as principais frases citadas em pesquisas qualitativas que foram utilizadas pelos profissionais durante o trabalho de parto com o intuito de denegrir, ironizar e intimidar a mulher estão: “Na hora de fazer, foi bom, né? Agora aguenta!”, “É melhor seu marido não ver o parto, ele vai ficar com nojo de você”, “Não grite senão seu bebê vai nascer surdo”, “Não chora não que ano que vem você está aqui de novo”.

O Estudo 16 (Jardim; Modena, 2018) ressalta que há cinco categorias de violência obstétrica que operacionalizam as definições legais: a primeira envolve intervenções e medicalização rotineira e desnecessária; a segunda engloba abuso, humilhação e agressão verbal ou física; a terceira diz respeito à falta de insumos e instalações adequadas; a quarta compreende práticas realizadas por residentes e profissionais sem a permissão da mãe e a quinta abarca discriminação por motivos culturais, econômicos, religiosos e étnicos.

Os estudos 5 (Cardozo *et al.*, 2022), 7 (Fortes; Paula; Sofia, 2021) e 13 (Santos *et al.*, 2021) salientam que a violência obstétrica no Brasil apresenta taxa de ocorrência de uma em cada quatro mulheres. Esse tipo de violência gera para a mulher experiências negativas em relação ao trabalho de parto, como humilhação, ameaça, isolamento, discriminação e sentimentos que predisõem ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos após o parto. Soma-se a isso ainda abuso físico, exemplificado por toques vaginais frequentes e dolorosos, contenções, ausência de anestésias, realização de intervenções não permitidas; falta de privacidade em salas

de partos; negligência ou recusa de oferta de assistência de saúde adequada; perda de liberdade e autonomia. Além disso, destaca-se a frustração materna mediante a forma como o parto foi conduzido, isto é, quando a mulher deseja a ocorrência de parto natural, mas acaba sendo submetida a cesárea sem indicação.

O Estudo 4 (Leite *et al.*, 2022) e o Estudo 19 (Henriques, 2021) explicam que não há consenso na literatura para terminologia que melhor defina os atos de desrespeito, abuso, maus-tratos e violência contra a mulher cometidos por profissionais de saúde durante o ciclo gravídico e puerperal. No Brasil, não há uma lei federal específica que aborde o tema violência obstétrica, porém há instrumentos legais como a Constituição Federal, que dispõe de forma subjetiva sobre a proteção contra a violência, garantindo o direito à saúde, à integridade física e mental e à não discriminação. Além disso, a Convenção de Belém do Pará tornou-se um marco importante no reconhecimento do direito de todas as mulheres viverem livres de violência, e foi complementada pelo código de ética médica, que garante o sigilo ao paciente.

É importante salientar que, de acordo com o Estudo 5 (Cardozo *et al.*, 2022) e o Estudo 8 (Maineti *et al.*, 2020), a violência obstétrica é influenciada por determinantes psicossociais, como etnia, escolaridade e renda econômica. Gestantes com níveis mais baixos de escolaridade, negras ou pardas têm maiores chances de ser vítimas da violência obstétrica. Nesse sentido, o Estudo 4 (Leite *et al.*, 2022) e o Estudo 15 (Medeiros; Nascimento, 2022) citam a pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada com 15.688 mulheres entrevistadas, no pós-parto, por telefone, de março de 2011 a fevereiro de 2013, que evidenciou que os indicadores de qualidade da atenção ao parto são mais mal avaliados por mulheres negras e com baixa escolaridade. Por outro lado, demonstrou que algumas intervenções, como episiotomia e cesariana eletiva, são mais frequentes em mulheres brancas e com alta escolaridade, criando um aparente paradoxo.

O Estudo 10 (Silva; Souza; Leite, 2019) ressalta que a violência obstétrica teve início a partir do momento em que o parto deixou de ser como antigamente, quando era caracterizado por seu processo fisiológico, domiciliar e exclusivamente da mulher, perdendo a sua essência e passando a ser realizado no ambiente hospitalar, de forma mecânica e centrado no médico, a figura masculina.

O Estudo 1 (Krob *et al.*, 2017) e o Estudo 6 (Santos-Souza *et al.*, 2022) definem a depressão como um transtorno caracterizado por episódios depressivos recorrentes que podem durar meses a anos e que, se não tratados, podem levar a um curso crônico. Os episódios depressivos podem ser leves, moderados ou severos conforme a gravidade ou quantidade de sintomas. Entre os sintomas está o humor deprimido, anedonia, alterações de apetite, peso e sono, variação da psicomotricidade, fadiga ou perda de energia, culpa e inutilidade, dificuldade de concentração e tomada de decisão, pensamentos de morte, incluindo ideação suicida, planos e tentativas de suicídio.

O Estudo 17 (Carvalho; Benincasa, 2019) destaca que, especificamente, a DPP é um dos três distúrbios de humor que acomete as mulheres após o parto, caracterizada por um conjunto de sintomas que iniciam entre a quarta e a oitava semana após o parto, manifestada por irritabilidade, choro, sentimento de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, incapacidade de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas.

No entanto, o Estudo 1 (Krob *et al.*, 2017) enfatiza que é importante estabelecer a diferença entre DPP e transtornos como o Baby Blues ou tristeza pós-parto ou ainda melancolia da maternidade, que atinge cerca de 50% das puérperas entre o terceiro e o quinto dia após o parto e é geralmente causada por mudanças hormonais, estresse durante o parto e expectativas e responsabilidades frente à maternidade. Cita-se também o transtorno de psicose pós-parto, que é considerado grave entre os três transtornos e que acomete 0,1% das mulheres que acabaram de dar à luz com sintomas mais graves como delírios, alucinações, confusão mental e surtos psicóticos, sendo a grande causa do infanticídio.

O Estudo 3 (Santos-Cunha *et al.*, 2022) enfatiza que a DPP como condição de profunda tristeza, desespero, falta de esperança, melancolia e desmotivação pode gerar na puérpera o medo, a dúvida e a angústia em relação à capacidade de cuidar do bebê e às transformações no estilo de vida, podendo acarretar efeitos negativos à saúde da mulher. Em relação a dados epidemiológicos, o Estudo 6 (Santos-Souza *et al.*, 2022) cita que a DPP afeta aproximadamente de 10% a 15% das mulheres no mundo, com maior prevalência em países em desenvolvimento, com taxas que variam de 19% a 25%. No Brasil, especificamente, a prevalência de DPP varia de 10,8% até 42,8%.

Os autores do Estudo 9 (Arrais; Araújo, 2017) evidenciam que os fatores de risco associados à DPP incluem: histórico familiar ou pessoal de depressão, pouco suporte social e financeiro, dificuldades no relacionamento conjugal, baixa autoestima, complicações obstétricas, relação conflituosa com a mãe, gravidez não desejada, eventos estressantes e adversos à gravidez, idealização da maternidade, histórico de violência intrafamiliar, dificuldades financeiras no pós-parto e estresse no cuidado com o bebê.

O Estudo 2 (Lima *et al.*, 2023), realizado no Brasil, no estado de São Paulo, com 186 mulheres, constatou prevalência de DPP em 45 delas (24,2%). Resultados semelhantes foram observados no Estudo 3, de Santos-Cunha *et al.* (2022), realizado também no Brasil, no estado do Espírito Santo, com uma amostra de 330 participantes, em que houve a prevalência de sintomas de DPP de 29,7%, e 58,5% das participantes tinham idade entre 14 e 24 anos. Esses autores afirmam que, no Brasil, cerca de 15,5% dos brasileiros são afetados por depressão em algum momento da vida e que as mulheres vivenciam 1,5 a 3 vezes mais transtornos depressivos que

os homens, sendo que, no puerpério, fase em que ocorrem diferentes transformações fisiológicas e psíquicas, há a possibilidade de ocorrência de DPP.

Como fatores de risco para a DPP, o Estudo 3 (Santos-Cunha *et al.*, 2022) e o Estudo 6 (Santos-Souza *et al.*, 2022) citam idade jovem, baixa escolaridade, ausência de parceiro, uso de tabaco antes da gestação, consumo de bebida alcoólica e história de aborto e ainda destacam a vivência da violência na gestação e no parto, principalmente no parto cesáreo. Já o Estudo 9 (Arrais-Araújo, 2017) chama atenção quanto à etiologia da DPP, que ainda não é totalmente conhecida, uma vez que ainda não há consenso na literatura quanto à problemática. Porém, são apontados os fatores hormonais e fisiológicos, seguidos dos fatores sociodemográficos e também os fatores psicossociais.

2. Inter-relação entre violência obstétrica e depressão pós-parto

O Estudo 5 (Cardozo *et al.*, 2022) refere que, durante a assistência ao parto, a mulher pode sofrer agressões verbais ou físicas, configurando episódios de violência obstétrica, que, por conseguinte, geram consequências psicológicas às pacientes. Os autores enfatizam que manifestações de desrespeito são mais comuns quando a conduta médica ultrapassa os valores de ética e empatia, a partir do momento em que a gestante perde a sua liberdade de escolha nos momentos decisórios durante procedimentos e passa a ser conduzida pela vontade do profissional responsável. Desse modo, enfatizam que a DPP tem maior chance de ocorrer quando há interação de vários fatores de riscos, entre os quais estão: intercorrências na gravidez, parto cesáreo, primariedade, gravidez não planejada, ansiedade gestacional, trabalho estressante, histórico de depressão anterior, parto anterior traumático ou insatisfatório, etc. Essas experiências têm o potencial de ocasionar hiperativação e instabilidade do Sistema Nervoso Autônomo, levando ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos.

O Estudo 6 (Santos-Souza *et al.*, 2022) cita que mulheres que relatam ter passado por pelo menos um tipo de abuso ou desrespeito no período do parto ficam 1,6 vez mais propensas a apresentar DPP. Já mulheres que relataram sofrer abuso físico ficam 2,3 vezes mais propensas do que aquelas que não o sofreram. Nesse contexto, o abuso físico durante o parto está associado a uma maior chance de ocorrência de DPP entre mulheres, demonstrando assim forte correlação entre variáveis relacionadas à assistência ao parto e transtornos psiquiátricos.

O Estudo 10 (Silva; Souza; Leite, 2019) refere que a DPP pode ocorrer pós-violência obstétrica, podendo ser causada por alívio inadequado da dor, sensação de perda de controle da mulher, experiência humilhante, falta de informação e apoio da equipe de saúde e medo da própria morte ou da morte do bebê.

No Estudo 5 (Cardozo *et al.*, 2022), salienta-se entre os sinais de DPP pós-violência obstétrica a dificuldade no processo de amamentação, visto que a mãe não consegue aleitar logo após o parto e, conseqüentemente, sente-se desestimulada a continuar essa atividade. É importante ressaltar, conforme aponta o Estudo 18 (Oliveira; Maia, 2020), que a negligência da puérpera após o parto é algo vivenciado em grande escala por mulheres que permanecem sozinhas em uma sala de recuperação, sem receberem informações sobre o recém-nascido, o que cria um sentimento de angústia e confusão na mãe. Esses atos de invasão ou abuso violam os direitos reprodutivos e sexuais por ferirem os princípios de autonomia ou princípio da personalidade, da igualdade, da diversidade e da integridade corporal dessas mulheres.

Os estudos 6 (Santos-Souza *et al.*, 2022) e 13 (Santos *et al.*, 2021) referem que mulheres com DPP grave apresentam maior prevalência de ideação suicida, por meio de pensamento, idealização, planejamento e desejo de tirar a própria vida, além do prejuízo quanto ao vínculo mãe-bebê, ao desempenho materno e à prática do aleitamento materno.

Complementando tais evidências, quando se fala em danos provocados por violência obstétrica à mulher no trabalho de parto, o Estudo 7 (Fortes; Paula; Sofia, 2021) afirma que causam prejuízos psíquicos que podem se tornar duradouros, ocasionando traumas nas mulheres, como o medo de uma nova gestação, justamente por já terem vivenciado de forma negativa a anterior, além dos reflexos na sexualidade da mulher após o procedimento de episiotomia, afetando não somente a vida sexual, mas também a autoestima.

Nesse sentido, o Estudo 8 (Maineti *et al.*, 2020) faz uma abordagem destacando que mulheres que já sofreram violência obstétrica tendem a carregar consequências para o resto da vida se não procurarem uma rede de apoio que possa acolhê-las, podendo desencadear a depressão pós-parto, e um dos possíveis motivos que provoca esse transtorno no puerpério é a sensação de falta de controle e o medo durante o parto tipo cesariana.

Destaca-se, no Estudo 17 (Carvalho; Benincasa, 2019), que, além da necessidade de uma correta avaliação clínica, é indispensável que as questões biopsicossociais sejam também observadas nas mulheres que sofreram violência obstétrica. Nessa ótica, as redes de apoio formais e informais configuram-se como importantes estratégias de suporte emocional.

O Estudo 4 (Leite *et al.*, 2022) reforça que a denúncia de atos de violência obstétrica, pela perspectiva do movimento social, é um modo de questionar certa visão de mundo a respeito do que constitui ou não a assistência ao parto ideal e humanizado. A Rede pela Humanização do parto (ReHuNa) tem optado pela utilização de termos positivos como “humanização do parto” e “a promoção dos direitos humanos das mulheres”, em oposição à utilização do termo violência obstétrica, reforçando assim a importância de um parto/nascimento respeitoso.

Os autores do Estudo 20 (Lira; Azevedo, 2021) afirmam que é necessária a criminalização da violência obstétrica por meio da criação de uma legislação específica de alcance federal que puna os profissionais de saúde e as instituições hospitalares que praticam esse tipo de violência. Infelizmente, essa problemática ainda é negligenciada pelas autoridades e a maioria das mulheres que são vítimas não estão conscientizadas que seus direitos fundamentais estão sendo violados e acham que as práticas são naturais, devido à cultura estrutural.

Diante de atos de violência obstétrica, o Estudo 14 (Machado; Bohrer; Kuse, 2022) menciona que o Ministério da Saúde, no ano de 2000, implementou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria nº 569, de junho, objetivando o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada de assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estabelece ainda que gestantes e recém-nascidos devem receber atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal, que são direitos inalienáveis da cidadania. O Programa Nacional de Humanização do Parto tem o intuito de sistematizar, por meio de recomendações, boas práticas amparadas por evidências científicas para serem instituídas nas maternidades brasileiras, com o objetivo de assegurar o respeito aos direitos e garantias da mulher, em especial às que passam por procedimentos de parto.

O Estudo 19 (Henriques, 2021) e o Estudo 20 (Lira, Azevedo, 2021) estão em consonância no que tange à prevenção, citando que existem no Brasil algumas políticas e programas que contribuem para a proteção dos direitos da mulher e prevenção da violência obstétrica, como Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (2000); Lei do Acompanhante (2005), Rede Cegonha – Rede de Atenção Materno e Infantil (2011) e Diretriz Nacional de Atenção à Gestante (2015/2016).

Mas, apesar da importância da Política Nacional de Humanização no Pré-Natal (PNHPN), o Estudo 10 (Silva; Souza; Leite, 2019) afirma que a política por si só não assegura a erradicação dos maus-tratos causados às mulheres em seu ciclo gravídico-puerperal. Então, pode-se inferir que a redução da violência obstétrica depende também da mudança de postura e conduta profissional.

Também o documento da OMS de “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde”, segundo o Estudo 16 (Jardim; Modena, 2018), reforça a necessidade de atendimento humanizado às parturientes com o objetivo de evitar a violência obstétrica. Esse documento diz que toda mulher tem direito a um cuidado de saúde humano, digno e respeitoso; logo, conclui-se que resgatar a humanidade do atendimento é ir contra esse tipo de violência.

Seguindo essa premissa, é importante destacar também que, de acordo com o Estudo 11 (Sarzana *et al.*, 2018), como ponto de atenção das políticas envolvendo a saúde da mulher e, nesse caso, especificamente, as mulheres com DPP por traumas e violências advindos do parto, a Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se no cenário brasileiro como a porta de entrada preferencial para a assistência à saúde no SUS. Inclui-se a assistência à saúde mental por meio do acompanhamento no puerpério por Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESFs) e equipes multiprofissionais, além dos Centros de Atenção Psicossociais (Caps), que realizam busca ativa nos territórios, identificando e acompanhando a mulher, como sua rede de apoio formal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo constatou que a DPP associada à violência obstétrica tem o potencial de ocasionar uma hiperativação, resultando em humor deprimido, anedonia, alterações de apetite, peso e sono, variação da psicomotricidade, fadiga ou perda de energia, culpa e inutilidade, dificuldades de concentração e tomada de decisão. Os estudos ainda evidenciaram que a violência obstétrica pode ser identificada pela realização de procedimentos como toques vaginais excessivos, episiotomia de rotina, manobra de *kristeller*, amniotomia precoce, além de violência verbal, com o uso de jargões pejorativos e ameaças durante o trabalho de parto, com o intuito de denegrir, ironizar e intimidar a mulher. É importante destacar que esses episódios podem resultar em traumas permanentes na mulher, além de dificuldades no processo de amamentação e problemas relacionados à vida sexual, levantando à necessidade de redes de apoio formais e informais como estratégias de suporte emocional.

REFERÊNCIAS

- ARRAIS, A. A.; ARAÚJO, T. C. C. F. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de Proteção. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 3, 828-845, 2017.
- BRANDT, G. P., et al. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. **Revista Gestão & Saúde**, v. 19, n. 1, p. 19-37, 2018.
- CARDOZO, M. M., *et al.* O desenvolvimento de depressão puerperal após violência obstétrica: uma revisão. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, e25011629176, 2022.
- DINIZ, Simone Grilo, et al. Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

CARVALHO, M. T.; BENINCASA, M. Depressão pós-parto e afetos predominantes na gestação, parto e pós-parto. **Interação em Psicologia**, v. 23, n. 2, 2019.

FORTES, A. A.; PAULA, K. A.; SOFIA, G. E. A violência obstétrica e os seus danos à saúde psicológica da Mulher. **Anais do 19º Encontro Científico Cultural Interinstitucional** – 2021.

GARCÍA, Dailys; DÍAZ, Zoe; ACOSTA, Marlen. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 39, n. 4; p. 718-732, 2013.

HENRIQUES, T. Violência obstétrica: um desafio para saúde pública no Brasil. **Página Grená**, 2021.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e 3069, 2018.

KROB, A. D., *et al.* Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 9, n. 3, 2017.

LEITE, T. H., *et al.* Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 483-491, 2022.

LIMA, R. V. A., *et al.* Transtorno depressivo em mulheres no período pós-parto: análise segundo a raça/cor autorreferida. **Acta Paul Enferm.**, v. 36, eAPE03451, 2023.

LIRA, Y. K. S.; AZEVEDO, I. T. R. Violência obstétrica: conceito, espécies e proteção legal contra as ações violentas contra a mulher. **Conexão Acadêmica**, v. 12, 2021.fev de 2023.

MACHADO, M. C. M.; BOHRER, V. S.; KUSE, E. A. Violência obstétrica e suas implicações no processo de parto: uma revisão de literatura. **Repositório Universitário da Ânima (RUNA)**, 2022.

MAINETI, S., *et al.* Depressão pós-parto: análise da ocorrência em mulheres em Espírito Santo do Pinhal – SP e Jacutinga – MG. **Revista Faculdades do Saber**, v. 5, n. 10, p. 665-679, 2020.

MARTINS, Fabiana Lopes *et al.* Violência obstétrica: uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**, v. 11, n. 2, p. 413-423, 2019.

MARTINELLI, Katrini Guidolini, *et al.* Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MEDEIROS, R. C. S.; NASCIMENTO, E. G. C. “Na hora de fazer não chorou”: a violência obstétrica e suas expressões. **Revista Estudos Feministas**, v. 30, n. 3, e71008, 2022.

OLIVEIRA, E. L.; MAIA, E. M. C. Implicações da violência obstétrica para as mulheres durante o parto eutócico hospitalar: uma revisão Sistemática. **Temas em Saúde**, v. 20, n. 1, 2020.

PÉREZ, Bárbara Angélica Gómez; OLIVEIRA, Edilaine Varjão; LAGO, Mariana Santos. Percepções de puérperas vítimas de violência institucional durante o trabalho de parto e parto. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 1, p. 66-77, 2015.

SANTOS, F. SOUZA., *et al.* Características clínicas e fatores de risco da depressão pós-parto: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 5, p. 1-7, 2022.

SANTOS, M. L. CUNHA., *et al.* Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. **Esc Anna Nery**, v. ;26, e20210265, 2022.

SANTOS, D. E., *et al.* Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017. Epidemiol. **Serv. Saude**, v. 30, n. 4, e20201064, 2021.

SARZANA, M. B. G., *et al.* Gestão do cuidado na saúde mental sob a perspectiva da rede de atenção à saúde. **REME - Rev Min Enferm.**, v. 22, e-1144, 2018.

SILVA, A. L. N. V., *et al.* Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. **Rev Enferm.**, v. 7, n. 1, p.144-151, 2017.

SILVA, F. L.; SOUZA. A. L. S.; LEITE, C. D. B. Reflexões sobre as agressões causadas ao psicológico materno pela violência obstétrica: um estudo de Revisão Integrativa. **Rev. UNINGÁ**, v. 56, n. S1, p. 159-171, 2019.

SOUSA L.M.M; MARQUES-VIEIRA C. M. A; SEVERINO S. S. P; ANTUNES A.V. A metodologia de revisão integrativa de literatura em enfermagem. **Revista investigação em enfermagem**, p. 17-26, nov, 2017.

TESSER, Charles Dalcanale, *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2015.

TESSER, KNOBEL; ANDREZZO; DINIZ *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2015.

ZANARDO, G. L. P., Calderón, M., Nadal, A. H. R.; Habigzang, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia e Sociedade**, v. 29, e155043, 2017.