



Analysis of the mental health of pregnant women regarding obstetric care

ISSN: 2178-7514

Vol. 16 | Nº. 2 | Ano 2024

Maria Luisa Lima Pena¹, Yaritza Suhett Caiado¹, Francine Alves Gratal¹,
Norma Lucia Santos Raymundo¹, Francisco Afonso Dinis de Mesquita²,
Kizzy Montini Ramos Azenha³, Jaçamar Aldenora dos Santos³

RESUMO

Introdução: As alterações fisiológicas do corpo gravídico apresentam oscilações hormonais que modificam os eixos hormonais associados aos transtornos de humor durante e após a gestação. As intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, que agravam as alterações na saúde mental e física materno-infantil, podem impactar no sentimento de confiança e competência no processo da maternidade, resultando no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. **Objetivo:** Analisar como os cuidados obstétricos no pré-parto e parto influenciam na saúde mental da parturiente na saúde pública. **Método:** Estudo do tipo descritivo, quali-quantitativo, baseado em dados coletados a partir de entrevistas gravadas no pré-natal e puerpério e análise de prontuários eletrônicos do hospital-maternidade pró-matre no período de janeiro até agosto de 2023. **Resultados:** Foi observado que 87% das gestantes não planejaram a gravidez, isso refletiu em boa parte delas não estarem desejosas no início da gestação. Em razão disso, foram repetidos os dizeres “ansiosa” e “medo” quando perguntado acerca da expectativa do parto. A variabilidade dos hormônios reprodutivos pode contribuir com o processamento cognitivo das emoções, podendo predispor ou agravar condições psiquiátricas, como a depressão pós-parto. Desta forma, evidencia-se a importância da triagem para depressão durante a gestação e após o parto. **Discussão:** O medo e a ansiedade que envolvem o parto normal, associados com a falta de informação acerca de como é o trabalho de parto, os processos de indução e os riscos da cesariana fazem crescer a falsa ideia de que se submeter a uma cirurgia é o melhor caminho por ser “mais fácil” e “menos doloroso”. **Conclusão:** más experiências vivenciadas por gestantes durante o trabalho de parto influenciam na falta de confiança e autonomia da mulher em uma próxima gestação, além de aumentar o risco de precipitar ou agravar problemas psiquiátricos. Dessa forma, é necessária a garantia da autonomia e dignidade da mulher durante o trabalho de parto, bem como assegurar a saúde mental de puérperas, para enfim proporcionar uma boa experiência com o parto.

Palavras-chave: Gravidez. Cuidados. Saúde Mental. Período Pós-Parto. Parto Humanizado.

ABSTRACT

Introduction: The physiological changes of the pregnant body present hormonal oscillations that modify the hormonal axes associated with mood disorders during and after pregnancy. Unnecessary and potentially iatrogenic interventions, which aggravate changes in maternal and child mental and physical health, can have an impact on feelings of confidence and competence in the process of motherhood, resulting in the development of psychiatric disorders. **Objective:** To analyze how obstetric care during pre-labor and labor influences the mental health of the parturient in public health. **Method:** Descriptive, qualitative-quantitative study based on data collected from recorded interviews during prenatal care and the postpartum period, as well as electronic health records from the Pró-Matre hospital-maternity between January and August 2023. **Results:** It was observed that 87% of pregnant women did not plan their pregnancies, which resulted in many of them not being enthusiastic at the beginning of their gestation. Consequently, terms such as “anxious” and “fear” were frequently mentioned when asked about their expectations for labor. The variability of reproductive hormones can affect the cognitive processing of emotions, potentially predisposing or exacerbating psychiatric conditions such as postpartum depression. The importance of screening for depression during pregnancy and after childbirth is highlighted. **Discussion:** The fear and anxiety surrounding normal childbirth, combined with a lack of information about labor, induction processes, and the risks of cesarean sections, contribute to the false belief that undergoing surgery is the better option because it is “easier” and “less painful”. **Conclusion:** Negative experiences during labor can impact a woman’s confidence and autonomy in future pregnancies and increase the risk of precipitating or worsening psychiatric issues. Therefore, ensuring the autonomy and dignity of women during labor, as well as safeguarding the mental health of new mothers, is essential for providing a positive childbirth experience.

Keywords: Pregnancy. Care. Mental Health. Postpartum Period. Humanizing Delivery.

1 - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
2 - Unidade Rede de Atenção Primária - SEMSA
3 - Universidade Federal do Acre – UFAC

Autor de correspondência

Maria Luisa Lima Pena
mariaallpena@gmail.com

INTRODUÇÃO

As alterações fisiológicas do corpo gravídico apresentam oscilações hormonais que modificam os eixos hipotalâmico-hipofisário-adrenal e hipotálamo-hipófise-gonadal, que estão associados aos transtornos de humor durante e após a gestação¹.

Com a modernização da medicina e a hospitalização dos serviços, houve uma centralização do médico, resultando com que a parturiente deixasse de ser a protagonista do parto. Dessa forma, observou-se um aumento crescente nas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, que agravam as alterações na saúde mental e física materno-infantil^{2,3}.

Dentro desse contexto, foi necessário englobar no termo de “maus-tratos dentro da atenção à mulher durante a gestação” qualquer ato que viole a autonomia e a integridade física e mental de gestantes, parturientes e puérperas como toque excessivo de forma desnecessária, episiotomia de rotina, manobra de Kristeller, tentativas de antecipação do trabalho de parto (TP) (amniotomia precoce e uso de uterotônicos de rotina), além da cesariana eletiva. Tais condutas podem gerar ansiedade, aumentando os níveis de epinefrina, e levando a anormalidades na frequência cardíaca fetal, diminuição da contratilidade uterina e um aumento da fase ativa do parto. Entretanto, muitas vezes essas práticas acontecem sem que a mulher as identifique, devido a normalização dessas ações e a falta de

clareza na comunicação por parte da equipe de saúde segundo os pesquisadores^{3,4,5,6,7}.

Aproximadamente uma em cada cinco mulheres apresentam depressão em alguma fase da gestação e puerpério, sendo mais prevalente no primeiro mês pós-parto, no entanto, poucas recebem diagnóstico e tratamento adequados. Dessa forma, tais cuidados podem impactar no sentimento de confiança e competência no processo da maternidade, resultando no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos como depressão pós-parto (DPP), transtorno de ansiedade, blues puerperal, near miss, e levar até mesmo à mortalidade materna e fetal^{5,8,9,10}.

Assim, o objetivo é analisar como os cuidados obstétricos no pré-parto e parto que influenciam na saúde mental da parturiente na saúde pública.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagens quantitativas e qualitativas do tipo descritivo.

O cenário do estudo foi o ambulatório de maternidade pública da Grande Vitória/ES. A pesquisa foi realizada de janeiro a agosto de 2023. Esse estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - parecer nº 5.784.552.

Participaram da pesquisa 47 gestantes e destas, apenas 23 foram incluídas por serem acompanhadas no ambulatório de pré-natal e se encontrarem no final do segundo e terceiro trimestres da gravidez. Foram excluídas 16

gestantes, dentre essas menores de dezoito anos (2), perda de seguimento ambulatorial do serviço (3), trabalho de parto fora do serviço (7), natimorto (1), data provável do parto incompatível com final da pesquisa (3) além disso, 8 pacientes desistiram de participar. Todas foram identificadas com abreviação (Puer), seguindo de uma sequência de número de (n-01...n-23).

Todas as entrevistas foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE pelas gestantes, sendo estas gravações, transcritas e armazenadas em programa de Excel, e arquivadas em pasta digital. O tempo estipulado foi de 30 a 40 minutos cada entrevista.

A coleta de dados foi feita em três etapas. A primeira etapa ocorreu por meio de entrevistas gravadas em uma sala privativa após a consulta de pré-natal, com a finalidade de responder ao questionário em relação às expectativas do parto e puerpério, seguida da aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (1987). Esta escala é formada por 10 questões, a partir da autopercepção das pacientes acerca dos sentimentos de medo, aflição, tranquilidade e segurança no pré-natal e puerpério. Os itens são somados para obter a pontuação total final, para posterior classificação. Se o total de pontos for ≥ 12 , a puérpera é considerada como mais provável de desenvolver depressão pós-parto¹¹.

A segunda parte do estudo foi a partir da análise de informações dos prontuários armazenados na base de dados da maternidade

acerca da via de parto dessas mulheres e a indicação, idade gestacional e a ocorrência de complicações com a mãe e com o bebê, para a avaliação das condutas tomadas durante o trabalho de parto pela equipe de saúde.

A última etapa foi executada através de entrevistas e preenchimento de formulários durante o período puerperal, de maneira remota, orientando-as a responder perguntas em um ambiente privado sobre a vivência do parto e o período puerperal. Além do preenchimento do EPDS, com finalidade comparativa com os resultados pré-natais. E o preenchimento da “Escala de Beck”, analisada apenas pelo Inventário de Ansiedade – BAI (Beck, 1988), utilizado para identificar a gravidade dos sinais emocionais de ansiedade e estresse nas últimas semanas, constituído por 10 itens que avaliam sintomas relacionados à ansiedade, com pontuação final de 0 a 30 e posterior classificação em ansiedade mínima (0 a 10), ansiedade leve (11 a 19), ansiedade moderada (20 a 30) e ansiedade grave (31 a 63)¹².

O procedimento de análise das informações quantitativas foram colocadas em planilhas EXCEL e analisadas através do programa IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences) versão 27. Utilizadas as variáveis: idade gestacional, idade, renda mensal, nível de escolaridade, gênero, etnia, estado civil, profissão, moradia, uso de algum medicamento diário, vícios, número de gestações, histórico familiar de transtorno mental, score EPDS pré-natal, dias de

puerpério, “como você se sentiu durante o trabalho de parto?”, acompanhante durante o TP, score EPDS puerperal, score Escala de Beck.

Em seguida, ocorreu a organização e análise qualitativa por meio da técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin, (2011), procurando, a partir daí conhecer aquilo que está por trás das palavras a partir de três fases: Pré-análise, Exploração do material e o Tratamento dos resultados¹³.

1 fase: A Pré-análise ocorreu a partir da transcrição e leitura superficial e profunda das entrevistas o qual constituiu os documentos que foram organizados para formar o corpus, como exemplificado na figura 01.

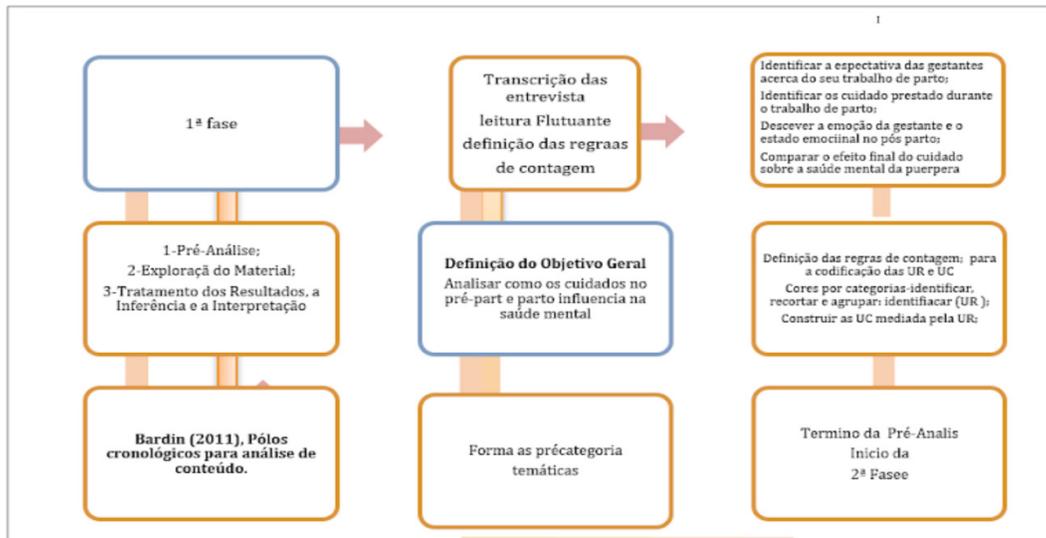
2 fase: Exploração do material segundo Bardin (2011), que consiste na codificação das palavras ou frases quanto ao valor de significado para a pesquisa. Isso ocorreu a partir do recorte, da enumeração e separação dos relatos e conceitos principais das frases significativas para a pesquisa sendo identificadas as unidades de registros (UR) e,

posteriormente, as unidades de contexto (UC), que foram se agrupando, segundo suas semelhanças e significados identificados, como mostra a figura 02.

A UR é compreendida como a unidade de significação codificada que se relaciona com o objetivo da pesquisa, portanto, possibilitou fazer a categorização por contagem e frequência por palavras ou frases encontradas nas falas das depoentes. E as UC, propiciam melhor interpretação para análise.

3 fase: Tratamento dos resultados consistiu-se na identificação de cada unidade de registro principal e análise cuidadosa das evidências do estudo, com o intuito de compreender o seu significado e assim, procedeu-se o agrupamento das respostas por semelhança, gerando as categorias temáticas com suas evidências principais segundo Bardin (2011)¹³.

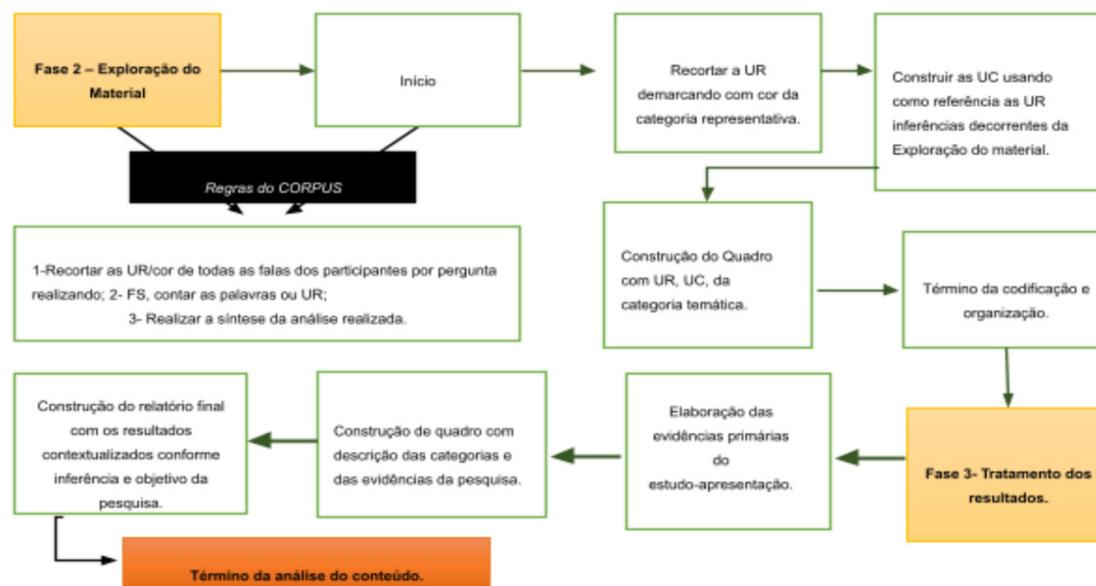
Figura 1: Fluxograma da fase 1 (pré-análise) da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.



*UR: Unidade de registro

*UC: Unidades de contexto

Figura 2: Fluxograma da fase 2 e fase 3 (exploração do material e tratamento dos resultados) da técnica de análise de conteúdo proposta por *Barão*.



*CORPUS: Dados organizados após etapa de pré-análise

*UR: Unidades de registro

*UC: Unidades de contexto

RESULTADOS

A partir da análise dos dados quantitativos e suas variáveis e qualitativos possibilitou formar três resultados com seus respectivos perfis, elaborado a partir da entrevista, inventário de Beck, dados de prontuários e do questionário acerca do atendimento durante o TP, de EPDS para DPP.

3.1 Caracterização Sócio-Econômico

Utilizou-se as variáveis de idade, sexo, trabalho, curso, série de estudo, que compuseram o perfil da população estudada. A idade variou de 19 a 42 anos (Md = 29; DP = 6), a maioria auto se declararam parda (60,9%; n = 14), casada (56,5%; n = 13), com ensino médio completo (43,5%; n = 10), com renda mensal de um salário-mínimo (39,1%; n = 9), e morando ela e mais 3 pessoas em uma casa (39,1%; n = 9). Em relação aos vícios, 4,3% (n = 1) eram tabagistas e 21,7% (n = 5) eram etilistas. Além disso, 30,4% (n = 7) estavam em uso de ansiolíticos/

antidepressivos e 34,8% (n = 8) apresentavam histórico familiar positiva em parente(s) de 1º grau.

3.2 Caracterização do Parto

Das 23 gestantes, 56,5% (n = 13) apresentavam a idade gestacional maior ou igual a 37 semanas; 39,1% (n = 9) estavam na segunda gestação e 30,4% (n = 7) já tinham sofrido um aborto e o restante nunca sofreu aborto. Ademais, 13% (n = 3) planejaram a gestação, e 87% (n = 20) não planejaram a gestação.

Com relação ao atendimento durante o TP, foi possível observar que 73,9% (n = 17) das pacientes analisadas foram submetidas à cesariana, sendo 5,88% (n = 1) por desejo materno, 17,64% (n = 3) devido a iteratividade, 41,17% (n = 7) por condição fetal não tranquilizadora (consideradas feto pélvico; taquicardia fetal; bradicardia fetal; feto no p<3; sinais de centralização ao USG; bolsa rota com líquido meconial fluido) e 23,52% (n = 4) por

condição materna (pico pressórico, placenta prévia, colestase hepática).

De todas as puérperas analisadas, 47,82% (n = 11) sofreram complicações, dentre elas 72,72% (n = 8) por causas maternas (como hipotonia uterina; sangramento uterino aumentado; laceração do canal vaginal; infecção puerperal), sendo que uma das pacientes precisou passar por histerectomia total para controle do sangramento, e 9,1% (n = 1) presenciou uma complicação fetal.

Na segunda triagem de depressão pós-parto, quando questionadas sobre como se sentiram no momento do parto, 47,8% (n = 11) das pacientes apresentaram sinônimos de “medo/afrita”. Já no cálculo da comparação das respostas do EPDS pré-natal e pós-natal, foi verificado que 60,8% (n = 14) apresentaram menor pontuação no período puerperal. Além disso, quando aplicada a escala de Ansiedade de Beck, 69,6% (n = 16) das puérperas predisõem a ansiedade mínima.

3.3 Evidências das Categorias Temáticas

A partir das entrevistas de pré-natal e expectativa do puerpério se constituiu o quadro 01 com UR's, UC e sua categoria temática sobre os níveis de ansiedade e DPP, corroborado com a avaliação da EPDS, que identificou que 30,4% (n = 7) apresentaram propensão a ter depressão pós-parto.

Logo, as UR'S quando quantificadas, possibilitou recorrer a interpretação numérica para assim descrever as causas de um fenômeno e as relações entre as variáveis. Sendo assim, na segunda triagem de depressão pós-parto, quando questionadas sobre como se sentiram no momento do parto, 47,8% (n = 11) das pacientes apresentaram sinônimos de “medo/afrita”. Já no cálculo da comparação das respostas do EPDS pré-natal e pós-natal, foi verificado que 60,8% (n = 14) apresentaram menor pontuação no período puerperal. Além disso, quando aplicada a escala de Ansiedade de Beck, 69,6% (n = 16) das puérperas predisõem a ansiedade mínima.

Quadro 1: Unidades de registro e unidades de contexto para as categorias formadas segundo técnica de análise de conteúdo proposta por *Bardin*. Vitória, ES, Brasil, 2023.

Unidades de Registro (UR)	Unidades de contexto	Categoria Temática
Ansiosa, Confusa, Chorava, Medo, Sudorese, Preocupada, instável.	A maioria apresentou sentimentos que vão da ansiedade até o medo extremo como sudorese, choro levando a confusão e preocupação, como resultado variação emocional.	Sentimentos, ansiedade das gestantes na última semana do parto
Perfeito, amparada, respeitada acolhida, Pânico, assustador, abalada, não atenderam	A grande parte das gestantes falaram que assistência obstétrica foi perfeita, respeitosa, demonstrando ser amparada e a acolhida; embora, uma minoria sentiu-se assustada, abalada e em pânico quando não atenderam.	Sintomas envolvidos durante assistência obstétricos no parto
Feliz, especial, cansativo, não foi muito agradável, não teve suporte, Não tinha auxílio, aliviada,	No pós-parto, a maioria se sentiu feliz, aliviada, um momento especial. A outra pequena parte, os sentimentos não foram agradáveis, cansativo e ausência de suporte ou ajuda nos primeiros dias da chegada do beber.	Sentimento de satisfação emocional relacionado sintoma de depressão no puerpério.
Medo, crises de ansiedade, não tinha vontade de amamentar, abalada	O estado emocional, como medo, crise de ansiedade, não tinha vontade de amamentar e abalada, estão presentes nas falas ao exprimir sentimentos que podem levar a depressão.	O estado emocional relacionado ao medo

As evidências apontadas neste estudo desvelou que a ansiedade pode estar atrelada à depressão, sendo essa desencadeada por multifatores desde a gestação ao puerpério, e pode estar ligado ao medo, insegurança e falta de apoio ao experienciar situações negativas para cuidar, alimentar e proteger o recém-nascido no período do puerpério.

DISCUSSÃO

As experiências do parto podem ser prejudiciais às mulheres devido aos maus-tratos vivenciados nas maternidades, com abusos físicos e verbais, além da negligência, discriminação e retirada da autonomia das gestantes no momento do parto, como exemplificado na fala da Puer-09 “se sente traumatizada pelo parto vaginal, foi um parto induzido, sofreu violência obstétrica, o médico falou ‘no meu plantão vai nascer do jeito que eu quiser’, fizeram Kristeller o bebê nasceu envolto em mecônio”. Bowser e Hill (2010) categorizam em 7 nichos os maus-tratos ocorridos durante o parto, sendo estes o abuso físico, cuidados clínicos não consentidos, cuidados não confidenciais, cuidados não dignos, discriminação, abandono e detenção em unidades de saúde^{14,15}.

Nesse estudo 87% (n = 20) das gestantes não planejaram a gravidez, isso refletiu em muitas não estarem desejosas no início da gestação “[...] Foi um susto, pensou em aborto” (Puer-20), sendo repetidos os dizeres “ansiosa” e “medo”

acerca da expectativa do parto. Além disso, o fato de 39,1% (n = 9) das pacientes estarem em classe D/E de renda segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e 39,1% (n = 9) dividirem a residência com mais 3 pessoas, pode ter influenciado no sentimento apresentado por elas “[...] Quando descobriu, estava prestes a assinar a carteira de trabalho de novo, já que na gestação passada parou de trabalhar. Sente que agora vai ter que parar de novo por conta dessa gestação” (Puer-16); “Teve que recusar uma proposta de emprego por conta da gestação [...]” (Puer-09).

Acerca do termo “maus-tratos durante o TP”, observou-se que 3 pacientes analisadas não ouviram falar, mas quando perguntado sobre as experiências em gestações anteriores relataram casos de abusos. “Não sabe. Não ouviu falar nesse termo. [...] relata que, com o segundo filho, ficou no hospital com gente fazendo toque o tempo inteiro, cheia de dor, médico não a assistiu. Fala que ficou irritada com a situação. A médica então falou que o bebê estava sentado e que tinha perdido muito líquido. Foi aí que o bebê saiu sem ela ver.” (Puer-02). Ao todo, 5 pacientes relataram episódios de maus-tratos no TP em gestações anteriores, “já tem dois, foi procurar mais filho para que” (Puer-07); “ficou grávida por que quis” (Puer-16). A literatura sugere, portanto, que muitas dessas ações são normalizadas em um contexto de vulnerabilidade social, colocando-as em maior risco¹⁶.

Nesse contexto, o medo e a ansiedade que envolvem o parto normal, associados com a falta de informação acerca de como é o TP, os processos de indução e os riscos da cesariana fazem crescer a falsa ideia de que se submeter a uma cirurgia é o melhor caminho por ser “mais fácil” e “menos doloroso”, como exemplificado nos relatos: “Cesárea. Fosse agendado e não sentisse dor” (Puer-22); “Duas amigas sofreram violência obstétrica neste ano, deixando-a com medo. Quer parto cesárea por causa disso” (Puer-12); “Cesárea [...] Nunca quis parto normal. Trauma de pensar” (Puer-02). 73,9% (n = 17) das pacientes foram submetidas a partos cesáreos, sendo que uma manifestou desejo pelo parto vaginal no início da pesquisa e evoluiu com cesariana por não querer dar continuidade a indução do parto.

A falta de estrutura, a carga horária excessiva e o ambiente estressante vivenciado pela equipe pode resultar no esgotamento do profissional, ocasionando a má relação equipe-paciente. Entretanto, vale salientar que os fatores do sistema de saúde não são preceitos para os maus-tratos continuados às mulheres. “Desconfortável. Insegura. Recebeu respostas inseguras de algumas pessoas, quando foi questionar o motivo da cesárea, recebeu uma resposta que não gostou. Durante a cesárea fizeram piadas de mal gosto” (Puer-08); “A médica que me atendeu na emergência me deixou em pânico, fiquei extremamente abalada com a maneira que ela conduziu a notícia da cesárea de

emergência, não foi nenhum pouco respeitosa. [...] Me senti completamente atordoada com todo um momento que deveria ser especial independente da via de parto.” (Puer - 15)¹⁴.

As alterações dos hormônios reprodutivos, na glândula tireoidea, no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e no colesterol, associado à predisposição genética, influenciam diretamente na psique das mulheres no período gestacional e pós gestacional. A progesterona em elevadas quantidades durante a gestação tem impacto direto na síntese, liberação e transporte de neurotransmissores, influenciando na expressão do fator neurotrófico derivado do cérebro (brain-derived neurotrophic factor – BDNF) no hipocampo e córtex cerebral, o qual está diminuído na depressão. O que pode contribuir com o processamento cognitivo das emoções, podendo predispor ou agravar condições psiquiátricas, como o DPP, transtorno de ansiedade, blues puerperal e near miss ^{5, 10, 17}.

Segundo estudos, um dos principais fatores de risco para DPP é o histórico de transtorno psiquiátrico durante a gestação. Nossos dados mostram que, 6 mulheres aumentaram a pontuação quando comparado o EPDS pré-natal e pós-natal, sendo uma com histórico de transtorno depressivo maior (TDM) e transtorno de ansiedade generalizada (TAG) prévios, que se automedicava, e outra participante, com TAG prévia, sem uso de medicamentos. De forma divergente da literatura, 60,8% (n = 14) das escalas de EPDS durante a gestação diminuiram

no período puerperal, o que indica um viés de informação trazida pelas pacientes na pesquisa.

Dessa forma, a Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos, as diretrizes nacionais australianas e Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia fomentam a importância da triagem para depressão com EPDS de gestantes e após o parto, utilizando o ponto de corte ≥ 11 , que garante a sensibilidade e a especificidade. Essas referências indicam o rastreamento em sistemas adequados, que possam implementar os devidos cuidados com essas mulheres. A garantia de autonomia e dignidade da mulher durante o parto, com cuidados respeitosos, dignos e de apoio, é essencial para promover experiências positivas durante o TP. Como exemplifica a fala da Puer-20 “Chegou triste e pensativa, começou a chorar e a equipe começou a conversar com ela, se sentindo melhor e mais confiante”^{15 17, 18}.

CONCLUSÃO

Como observado na pesquisa, más experiências vivenciadas por gestantes durante o trabalho de parto influenciam na falta de confiança e autonomia da mulher em uma próxima gestação, além de aumentar o risco de agravar problemas psiquiátricos já ampliados no período gravídico-puerperal.

É significativa a implementação da triagem acerca do desenvolvimento de depressão pós-parto, possibilitando assim o diagnóstico precoce,

e, encaminhar para serviços especializados de apoio para o tratamento de maneira adequada. Para isso, se faz cabível novos estudos ampliados sobre essa temática para validar a sua importância e assim propagar as recomendações de boas práticas obstétricas descritas pela OMS.

Dessa forma, é necessária a garantia da autonomia e dignidade da mulher durante o trabalho de parto, bem como assegurar a saúde mental de puérperas, para enfim proporcionar uma boa experiência com o parto.

REFERÊNCIAS

1. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior* [Internet]. 2016 Jan 1;77(0018-506X):153–66. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0018506X15300428>
2. Bashour HN, Kanaan M, Kharouf MH, Abdulsalam AA, Tabbaa MA, Cheikha SA. The effect of training doctors in communication skills on women's satisfaction with doctor-woman relationship during labour and delivery: a stepped wedge cluster randomised trial in Damascus. *BMJ Open* [Internet]. 2013 Aug 1 [cited 2024 Aug 25];3(8):e002674–4. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/3/8/e002674>
3. Bohren MA, G Justus Hofmeyr, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Apoio contínuo à mulher durante o parto. *Cochrane library* [Internet]. 2017 Jul 6 [cited 2024 Aug 25];2017(8). Available from: https://www.cochrane.org/pt/CD003766/PREG_apoio-contnuo-para-mulheres-em-trabalho-de-parto
4. Bergstrom L, Seidel J, L Skillman-Hull, Roberts J. “I Gotta Push. Please Let Me Push!” Social Interactions During the Change from First to Second Stage Labor. *Birth* [Internet]. 1997 Sep 1 [cited 2024 Aug 25];24(3):173–80. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1523-536X.1997.00173.pp.x?sid=nlm%3Apubmed>
5. Lemos A, Melania MR Amorim, de D, de I, Cabral E, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *PubMed* [Internet]. 2015 Oct 9 [cited 2024 Aug 25]; Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009124.pub2/full>
6. Bohren MA, Vogel JP, Özge Tunçalp, Bukola Fawole, Titiloye MA, Akinpelu Olanrewaju Olutayo, et al. “By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her”: A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM - Population Health* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2024 Aug 25];2:640–55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5356417/>
7. World Health Organization. WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience

- [Internet]. World Health Organization; 2018 [cited 2024 Aug 25]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- 8.Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017;33(9):e00094016. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094016>
- 9.Arrais ADR, de Araujo TCCF, Schiavo R de A. Depressão e Ansiedade Gestacionais Relacionadas à Depressão Pós-Parto e o Papel Preventivo do Pré-Natal Psicológico. *PSSA* [Internet]. 17º de julho de 2019 [citado 25º de agosto de 2024];11(2):23-34. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/706>
- 10.Renfrew MJ, McFadden A, Maria Helena Bastos, Campbell J, Andrew Amos Channon, Ngai Fen Cheung, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet* [Internet]. 2014 Sep 1 [cited 2024 Aug 25];384(9948):1129–45. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60789-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60789-3/abstract)
- 11.Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* [Internet]. 1987 Jun;150(6):782–6. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/detection-of-postnatal-depression/E18BC62858DBF2640C33DCC8B572F02A>
- 12.Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(6):893–7.
- 13.Bardin, Laurence. análise de conteúdo. São Paulo: edições 70. Brasil.(2014a). manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. Brasília: secretaria de direitos humanos da presidência da república, 2011.
- 14.Bowser D, Hill M. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth Report of a Landscape Analysis [Internet]. 2010. Available from: https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf
- 15.Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. Jewkes R, editor. *PLOS Medicine*. 2015 Jun 30;12(6):e1001847.
- 16.Silveira MF, Mesenburg MA, Bertoldi AD, De Mola CL, Bassani DG, Domingues MR, et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*. 2019 Sep;256:441–7.
- 17.Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Depressão Pós-parto. São Paulo: Febrasgo; 2020. (Protocolo Febrasgo de Obstetrícia, nº 3/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).
- 18.Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: Systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ* [Internet]. 2020 Nov 11;371(371). Available from: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4022>

Observação: os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.