

# Ginecologia e Obstetrícia

Edição 12

## Capítulo 18

### PARTO HUMANIZADO

GABRIEL SOUZA ABOOD<sup>1</sup>  
GUILHERME SANTINI BARBIERI<sup>1</sup>  
JOÃO VICTOR MENDES BRESCIA<sup>1</sup>  
VICTOR BORGES KOJIMA DE LIMA<sup>1</sup>

*1. Discente – Acadêmico de medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.*

**Palavras Chave:** *Parto Humanizado; Trabalho de Parto; Humanização da Assistência.*

## INTRODUÇÃO

A enorme evolução das ditas tecnologias duras, ou seja, equipamentos tecnológicos, máquinas, normas e estruturas organizacionais na medicina dos últimos séculos, juntamente com o advento da assistência pré-natal, levaram a uma grande queda da morbimortalidade materna e infantil.

Apesar do inegável valor dessas novas tecnologias, percebemos principalmente nas últimas décadas que a evolução das tecnologias conhecidas como leves (de relações, produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão de processos de trabalho) (MERHY *et al.*, 2002) precisam acompanhar esse avanço técnico científico, objetificando uma assistência individualizada, respeitosa, sem intervenções supérfluas, mantendo assim, a segurança dos pacientes. O parto humanizado é então a resposta a essa disparidade entre as tecnologias leves e duras, visando uma abordagem acolhedora, com escuta ativa e instrutiva tanto para a paciente, quanto para a família.

Segundo o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), lançado em 2000 pelo Ministério da Saúde do Brasil, a humanização é principalmente o acolhimento adequado da tríade recém-nascido, parturiente e família. “Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher.” (BRASIL, 2000).

A PHPN é um material que tem como objetivo a instrução dos profissionais da saúde, essa foi adequadamente acompanhada de mudanças legislativas contemporâneas que garantiram direitos às gestantes e suas famílias, entre eles, toda gestante tem direito ao acesso a atendi-

mento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem 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 tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (**Quadro 18.1**) (POSSATI *et al.*, 2017).

### Parto humanizado

Considerando-se os inúmeros avanços tecnológicos no meio médico, o ato fisiológico do parto assumiu uma visão patológica sobre ele mesmo, privilegiando uma técnica genérica, não optando por uma intervenção personalizada, reduzindo o estímulo e o apoio para a parturiente. Com o suporte de uma equipe especializada, que suprirá as necessidades individuais da mulher, é evidenciado uma mudança positiva no andamento do ato, além de readquirir o processo de parto natural (NASCIMENTO *et al.*, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2015).

Desde os primórdios o parto é um dos fenômenos mais marcantes da vida humana. Por ser um evento natural, civilizações sempre agregaram significados culturais ao mesmo, ainda que transformado durante gerações, manteve-se mobilizador para quem o cerca (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que visa atenção à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, tem como prioridade:

- Realização de medidas que promovam uma melhoria ao acesso, da qualidade e da cobertura do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto, além do período pós-parto, como atenção ao neonatal e a puérpera.

- Diminuição das taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no Brasil.

- Destinação de verba com intuito de capacitar profissionais da saúde que lidam com a atenção obstétrica, além da melhora institucional em hospitais recebam pacientes com tais condições. Aumentar as ações já realizadas pelo Ministério da Saúde quanto a atenção à gestante, como investimentos nas redes de cuidado para gravidez de alto risco.

A humanização do parto não consta apenas na realização de um parto normal, mas sim o aprofundamento do processo, transformando a mulher em protagonista daquele momento e não um objeto dele, dando-lhe liberdade na tomada de decisão processual. O parto humanizado é baseado no respeito ao processo fisiológico e na dinâmica de cada nascimento, evitando ao máximo iatrogenias e intervenções desnecessárias, maximizando a performance com o uso dos recursos tecnológicos disponíveis.

Vale ainda ressaltar que o parto humanizado vem para se opor ao crescente número de cesarianas, muitas vezes feitas de modo precipitado e desnecessário, atrelado a mitos sobre a dor extrema durante o parto normal e o medo das mudanças permanentes que o corpo feminino pode sofrer durante este processo. É notório que inicialmente a cesariana era a escolha para gestações com risco obstétrico, porém utilizando-se da justificativa de ser mais segura, o parto por cesariana começou a ser realizado de maneira abusiva, em detrimento do parto normal. Pode-se ainda pontuar que existem casos em que há interesse por parte de hospitais e dos médicos obstetras em optar pelo parto cirúrgico, devido ao maior custo e consequentemente mais rentabilidade, atribuído a este procedimento.

**Quadro 18.1** Atividades que devem ser realizadas para o acompanhamento adequado do pré-natal e assistência à gestante e a puérpera

1: Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
2: Garantir os seguintes procedimentos:
2.1: Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.
2.2: Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.
2.3: Realização dos seguintes exames laboratoriais: a) ABO-Rh, na primeira consulta; b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; c) Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; e) HB/Ht, na primeira consulta.
2.4: Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes.
2.5: Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.
2.6: Realização de atividades educativas.
2.7: Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.
2.8: Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

**Fonte:** Adaptado de humanização do parto, Ministério da Saúde, 2002.

Outro tema que deve ser abordado com a gestante que está próxima a data de seu parto, é estabelecer uma relação de confiança e transparência entre a paciente e toda a equipe que estará envolvida com o trabalho de parto e os cuidados após o nascimento. A paciente deve ser

informada sobre o nome e função de cada participante da equipe, tanto médica quanto da enfermagem, além disso, explicar todos os possíveis desfechos, complicações e dificuldades que podem ser encontradas durante o momento do parto e as condutas que deverão ser tomadas para garantir a saúde e segurança tanto da mãe quanto da criança.

A equipe envolvida precisa compreender a importância deste momento para a gestante e sua família, além de garantir um ambiente calmo e confortável deve realizar apenas os procedimentos necessários se atentando às iatrogenias. Desta maneira garantindo que a equipe seja formada por profissionais competentes, de confiança e solistas na tentativa de atender as demandas da mãe e diminuir o seu desconforto no momento do parto (DA LUZ *et al.*, 2020).

### **Equipe multidisciplinar**

Para garantir a prestação de assistência humanizada à parturiente, é fundamental a atuação de uma equipe multidisciplinar e especializada com seus objetivos alinhados em promover o bem-estar da paciente em um momento tão importante de sua vida.

A enfermagem obstétrica tem sido amplamente reconhecida pela sua atuação e conquistando seu espaço na assistência ao parto desde 1980, sendo a especialização em obstetrícia somente permitida a médicos e enfermeiros (ALMEIDA *et al.*, 2015).

A equipe de enfermagem atua como facilitadora do período de dor e sofrimento durante o processo de parto, tornando-se uma base fundamental para assistência obstétrica. Além disso, o enfermeiro deve estar atento a quaisquer tipos de queixas da paciente que possam indicar algum tipo de intercorrência no procedimento, e realizar as devidas orientações a serem tomadas

pela gestante no período de dilatação e liberação da criança. (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Outra importante forma de ilustrar a prestação de assistência humanizada à mulher por parte da equipe de enfermagem inicia-se na gestação que são as consultas de pré-natal e pós-parto que são atribuições dos enfermeiros, sendo eles, os profissionais mais próximos da parturiente (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Segundo o projeto de lei (PL) federal nº 77 de 2022, da Senadora Eliziane Gama, CIDADANIA, considera-se doula aquela ou aquele que oferece apoio psicológico, conforto e suporte emocional à mulher durante todo o período de gravidez, parto e período pós-parto, visando à melhor evolução desse processo e ao bem-estar da gestante. Esse é um dos projetos de lei que surgiram nos últimos anos, tanto em âmbitos federais, quanto estaduais, que buscam garantir a presença da Doula como direito nos hospitais do SUS, outro exemplo de legislação à cerca do tema é o PL estadual de Minas Gerais, nº 1.178/2023, que versa e busca garantir basicamente o mesmo direito. A busca dos parlamentares brasileiros pela garantia da presença de doulas nas salas de parto é virtuosa, baseada em teorias de humanização e tem potencial para a melhoria e evolução da composição da equipe multidisciplinar. Por fim, os PLs, se aprovados, podem melhorar a experiência, principalmente na esfera psicológica, de todo o núcleo familiar envolvido no nascimento de uma criança. A atuação dos profissionais de fisioterapia na Saúde da Mulher foi disciplinada a partir da Resolução COFFITO 401, de 18 de agosto de 2011. Seus objetivos incluem o planejamento e execução de programas de exercícios para gestantes, aplicar recursos e técnicas fisioterapêuticas com o intuito de aliviar dor durante o parto e orientações de postura e adaptações funcionais no pré e pós-parto (CONSELHO FEDERAL



DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2011.).

É importante destacar dois possíveis desconfortos da parturiente, onde a atuação da fisioterapia se faz benéfica: diástase abdominal e incontinência urinária. Os resultados do protocolo de atendimento com exercícios de contração abdominal e pélvica mostraram-se benéficos na redução da diástase de músculos retoabdominais mais precocemente. (MESQUITA *et al.*, 1999). O enfraquecimento do assoalho pélvico nesse período está diretamente relacionado aos sintomas de incontinência urinária (ZIZZI *et al.*, 2017) e os exercícios para fortalecimento dele foram utilizados para o tratamento da incontinência urinária de esforço (ASSIS *et al.*, 2012; TIROLI *et al.*, 2008).

Portanto fica clara a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar, treinada e especializada nesse período de gravidez e parto. A equipe que atua de maneira eficiente e humanizada é capaz de mudar a morbimortalidade da gravidez, e principalmente, mudar a experiência subjetiva, muitas vezes negligenciada nos grandes centros de saúde. As discrepâncias entre serviços privados e públicos ainda é grande, pelo que, as leis propostas por alguns parlamentares, citadas anteriormente, surgem como a possível solução para universalização de um parto mais humanizado. Essa humanização passa obrigatoriamente pela expansão e adequação das equipes multidisciplinares.

### **Atenção obstétrica a gestante e desigualdade socioeconômica**

Como discutido previamente, a humanização do parto está notoriamente mais correlacionada ao atendimento integral, seguro e fundamentado em critérios, por sua vez baseados em evidências, do que a técnicas específicas, portanto o mais humanizado possível, é também o

mais individualizado e adequado para a paciente.

Tendo em vista essas afirmações, podemos concluir que o acesso a cesariana para aquelas que precisam, e o acesso a hospitais são dados que podem nos ajudar a evidenciar a desigualdade da obstétrica no Brasil.

O Brasil é um país de desigualdade flagrante, essa realidade afeta as mais diversas áreas de direitos e garantias oferecidas pelo estado. À desigualdade de raça especificamente, chama-se racismo estrutural, herança do sistema de trabalho escravagista abolido sem planos de integração das pessoas então escravizadas. De acordo com (FREITAS *et al.*, 2009) A proporção de primíparas realizando seus partos em hospitais é maior entre mulheres brancas, comparado a outros grupos étnicos em estados com maior e menor acesso aos hospitais. Também segundo (FREITAS *et al.*, 2009), as populações originárias sofrem grande desatenção obstétrica, isso fica claro quando se analisa o a porcentagem de cesarianas nessa população, o índice indica menos que 15% de cesarianas, valor que seria próximo ao número desses procedimentos realizados, se acontecessem apenas por indicação médica adequada.

### **Violência Obstétrica**

O conceito de violência obstétrica é caracterizado pela apropriação do corpo e do processo de reprodução da mulher, por profissionais da saúde, através de um tratamento desumanizado, abuso do tratamento farmacológico e tornar patológico um processo natural. Isso resulta na perda de autonomia e capacidade da paciente em poder decidir livremente sobre o seu corpo e sua sexualidade, gerando um impacto negativo para a qualidade de vida dessas mulheres. Esta definição se estende para qualquer ato praticado pela equipe de saúde responsável, que ofende a gestante fisicamente ou verbalmente

durante o parto (ou aborto) até o período do puerpério.

Dentre os atos considerados violentos no momento do parto estão os procedimentos dolorosos realizados sem o consentimento ou sem informar devidamente a paciente acerca do que será feito; uso ineficaz de anestesia ou negligência da dor; recusa na admissão de pacientes em trabalho de parto (Lei brasileira 11.634 / 2007); impedimento da entrada do acompanhante (Lei brasileira 11.108 / 2005); violência ou pressão psicológica por discriminação e preconceito; impedir desnecessariamente o contato entre a mãe e o recém nascido ou a amamentação (na ausência de contraindicações); realização de cesariana sem o devido consentimento ou indicações para tal procedimento; proibição ou negligência de comida ou hidratação; realização da manobra de Kristeller.

No Brasil, a violência obstétrica ocorre em diferentes classes sociais e culturais, devido à naturalização das violações da dignidade da mulher no momento do parto, embasado pela crença cultural de que o parto é um momento que deve ser superado com dor, sofrimento e submissão à equipe de saúde responsável.

Alguns comportamentos tornam o relacionamento precário e pouco humanizado entre os profissionais da saúde e a gestante, deixando explícito a violência obstétrica, como informar a paciente através de linguagem técnica e acadêmica, dificultando o entendimento e a compreensão adequada dos riscos, das complicações e dos procedimentos que podem ser necessário no momento do parto; não informar adequadamente a paciente durante o acompanhamento pré-natal; ausência de um leito hospitalar adequado; uso inapropriado de materiais e medicações; integração inadequada entre todo o time responsável pelo acompanhamento da gestante; negligência da dor e das queixas da paciente tanto no parto quanto no puerpério; dentre

outras diversas condutas (MARQUES *et al.*, 2020.)

## **Abordagem psicológica no parto**

Com o avanço dos conhecimentos sobre os procedimentos obstétricos, os médicos se apresentam cada vez mais preparados para uma abordagem ampla em relação ao paciente. Enquanto antigamente o atendimento era majoritariamente destinado ao bem-estar físico, atualmente com um maior domínio psicológico, os profissionais conseguem potencializar sua consulta, gerando um estado de confiança maior da gestante.

Os aspectos emocionais atualmente são mais reconhecidos e mais considerados durante toda abordagem. É amplamente conhecido pela comunidade obstétrica que este período para a mulher pode ser conturbado, além de acontecer simultaneamente com grandes transformações psíquicas e uma importante transição existencial. Portanto, deve:

- Ser esclarecido à gestante que seu desempenho durante o parto está diretamente ligado ao seu acompanhamento pré-natal e ao seu preparo durante a gestação, juntamente com toda sua história de vida.

- Entender que o sentimento de medo durante o parto é algo extremamente comum devido a sua imprevisibilidade, mas saber que essa tensão repercute tanto no paciente quanto na equipe.

- Orientar a parturiente sobre técnicas de respiração e relaxamento, no intuito de um melhor controle da dor.

- Preparar a gestante emocionalmente durante todo o pré-natal, fortalecendo-a quanto as suas capacidades de dar à luz, porém sempre para um “parto possível”, sem colocar expectativas excessivas em uma técnica específica, para que a paciente não se frustre e isso acarrete negativamente no vínculo com o bebê.

- Esclarecer a paciente sobre os limites e indicações de cada técnica de parto.

- Incentivar a paciente a conhecer centro obstétrico, para que a mesma já se familiarize com o local, tornando o desconhecido e assustador em algo conhecido e manejável.

- Acolher o desejo do casal, caso a parturiente queira, para que o marido se sinta parte do processo e possa ajudar sua parceira com seu suporte.

- Acolher o recém-nascido, uma vez que o médico obstetra é o primeiro a ter esse contato com o bebê, fazendo com que esse acolhimento tenha um significado afetivo e existencial. (SARMENTO & SETÚBAL, 2003.)

## Depressão pós-parto

A saúde mental é muitas vezes negligenciada durante os períodos perinatais, mesmo com a gestação e o pós-parto sendo um intervalo de tempo com risco aumentado de distúrbios psiquiátricos (MARTINEZ-VÁSQUEZ *et al.*, 2022). A depressão pós-parto (DPP) é o distúrbio mental mais comum entre as mulheres em estágios perinatais, a prevalência da doença está entre 12%-19% (MARTINEZ-VÁSQUEZ *et al.*, 2022). Os sintomas começam na maior parte das vezes no primeiro mês pós-parto, porém a doença pode se manifestar até um ano depois do parto (FRANÇA & MCMANUS *apud* MARTINEZ-VÁSQUEZ *et al.*, 2022).

Fez-se então nos últimos anos a correlação entre a violência obstétrica e a depressão pós-parto (REJNÖ *et al.*, 2019). Um estudo no Brasil com 3065 mulheres avaliou a incidência de

depressão três meses depois do nascimento e descobriu que, mulheres as quais tiveram experienciado violência obstétrica, eram mais propensas ao desenvolvimento de DPP. (SILVEIRA *et al.*, 2019). Outro estudo transversal no Brasil, envolvendo 432 mulheres, também descobriu associação entre incidência de DPP até 3 meses depois do parto em pacientes que sofreram violência obstétrica. (SOUZA *et al.*, 2017). DPP foi associada com maior mortalidade materna e mortalidade infantil, também foi associada a menos comportamentos benéficos à saúde do bebê, como manutenção de amamentação exclusiva até os 6 meses e estabelecimento da ligação materno-infantil, além disso demonstrou afetar toda a família. (FRITEL *et al.*, 2020; CONSTANTINO *et al.*, 2019). Diferenças sociodemográficas como idade, estado civil, nível educacional, planejamento da gravidez, etnia, entre outros, demonstram correlação com DPP (URDANETA *et al.*, 2011).

Conclui-se, portanto, que a humanização do parto pode não só melhorar a experiência da mãe, como pode também mudar desfechos, nesse caso psiquiátricos, que por sua vez, estão ligados a mudanças orgânicas e de morbimortalidade. A diminuição da incidência de violência obstétrica tem também potencial para a melhora de índices internacionais de desenvolvimento, como mortalidade infantil. Depreende-se então em uma análise holística do assunto, a sua importância e a necessidade de seu estudo constante e evolução.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Ol.S.C. *et al.* A humnization of childbirth: nurses' performance. *Revista Enfermagem Contemporânea*.v.4, n.1, p.79-90, 2015.

ASSIS, T.R. *et al.* Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de multiparas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 35, n.1, p. 10-15, 2013. Doi: 10.1590/S0100-72032013000100003

BRASIL. Lei n ° 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União - Seção 1 - 8/4/2005, Página 1 (Publicação Original)*. Disponível em: Acesso em 26 de jun. 2024.

BRASIL. LEI Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União - Seção 1 - 28/12/2007, Página 2 (Publicação Original)*. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2007/lei-11634-27-dezembro-2007-567635-norma-pl.html>. Acesso em 26 de jun. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução 401. Brasília, 18 de agosto de 2011.

CONSTANTINO, B. *et al.* Symptoms of maternal depression and anxiety and their effect on the child's weight status four years after delivery. *Early Child Development and Care*, v. 191, n. 11, p. 1792-1801, 2021.

DA LUZ, G. *et al.* Nursing Assistance in Humanized Children. *International Journal of Advanced Engineering Research and Science*. Vol-7, Issue-5, May 2020. Doi: 10.22161/ijaers.75.12.

FREITAS, P.F. *et al.* Inequalities in cesarean delivery rates by ethnicity and hospital accessibility in Brazil. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 107, n. 3, p. 198-201, 2009. Doi: 10.1016/j.ijgo.2009.08.017.

FRITEL, Xavier *et al.* Postpartum psychological distress associated with anal incontinence in the EDEN mother-child cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 127, n. 5, p. 619-627, 2020. Doi: 10.1111/1471-0528.16075

MARQUES, F.C. *et al.* Humanized Childbirth: a Transdisciplinary Review. *International Journal of Research-GRANTHAALAYAH*, v. 8, n. 7, p. 1-16, 2020. Doi: 10.29121/granthaalayah.v8.i7.2020.574

MARTINEZ-VÁZQUEZ, S. *et al.* Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*, v. 108, p. 103297, 2022. Doi: 10.1016/j.midw.2022.103297.

MERHY, E. E. Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MESQUITA, L.A. *et al.* Fisioterapia para redução de diástase dos músculos reto abdominais no pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 21, n. 5, p. 267-271, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002

NASCIMENTO, F.C. *et al.* Nursing assistance in humanized delivery. *Rev Pre Infec e Saúde*. V.4, p1-10, 2018. Doi: 10.33448/rsd-v11i14.36470

NASCIMENTO, P.S. *et al.* Nurse assistance to parturient women: focus on humanized childbirth. *Journal of Academic Works, Universo Campos dos Goytacazes* v.1, n.8, p.1-18, 2017.



POSSATI, A.B. *et al.* Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Escola Anna Nery*, v. 21, p. e20160366, 2017. Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366

REJNÖ, Gustaf *et al.* Maternal anxiety, depression and asthma and adverse pregnancy outcomes—a population based study. *Scientific reports*, v. 9, n. 1, p. 13101, 2019. Doi: 10.1038/s41598-019-49508-z.

SARMENTO, R. & SETÚBAL, M.S.V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Ciências Médicas*, v. 12, n. 3, 2003.

SILVEIRA, M.F. *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*, v. 256, p. 441-447, 2019. Doi: 10.1016/j.jad.2019.06.016.

SOUZA, K.J. *et al.* Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de saúde pública*, v. 51, p. 69, 2017. Doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006549

TIROLI, M. *et al.* Atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*, v.15, n. 4, p. 361-6, 2008. Doi: 10.1590/S1809-29502008000400008

URDANETA, José *et al.* Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, v. 76, n. 2, p. 102-112, 2011. Doi: 10.4067/S0717-75262011000200007

ZIZZI, P.T. *et al.* Força muscular perineal e incontinência urinária e anal em mulheres após o parto: estudo transversal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, n. 51, e 3214, p. 1-8, 2017. Doi: 10.1590/S1980-220X2016209903214.