CURSO DE PSICOLOGIA

SOLANGE FARIAS TORRES PALMEIRA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PSICOLOGIA E A HUMANIZAÇÃO AO PARTO

VILHENA
2019

SOLANGE FARIAS TORRES PALMEIRA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PSICOLOGIA E A HUMANIZAÇÃO AO PARTO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Psicologia da Faculdade da Amazônia (FAMA), como requisito final para a obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Professora Orientadora**:** Eldessandra Santos da Costa

VILHENA
2019

FACULDADE DA AMAZÔNIA

PORTARIA CREDENCIAMENTO MEC Nº: 3.362, DE 19/10/2004

Mantenedor: INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DA AMAZÔNIA S/C LTDA-ME – IESA
Rua: Walisson Junior Arrigo, (743), nº 2043 – Cristo Rei Cep:76983496
Vilhena-RO ☎ (69) 21010850 CNPJ: 04.398.722/0001-05.

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos doze dias do mês de dezembro do ano de dois mil e dezenove, na sala de defesa de monografias da Faculdade da Amazônia, às 16:00 horas, a acadêmica **Solange Farias Torres Palmeira**, do Curso de **PSICOLOGIA** dessa Instituição, defendeu o seu TCC - Trabalho de Conclusão de Curso, com o tema **"Violência obstétrica: Psicologia e a humanização ao parto"** na presença da Banca Examinadora formada pela professora especialista **Eldessandra Santos da Costa** (Orientadora e Presidente da banca), professor especialista **Raul Camilo Guimarães Garcia** (1º membro) e professora especialista **Raquel Nogueira de Moraes** (2º membro).

O trabalho foi julgado Aprovada, com nota 9.0.

Alterações ou observações: (X). Sim (__). Não

E por não haver nada mais a tratar, foi lavrada esta ata que será assinada pelos presentes.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Esp. Eldessandra Santos da Costa
(Presidente - orientadora)

Prof. Esp. Raul Camilo Guimarães Garcia
(1º membro)

Profa. Esp. Raquel Nogueira de Moraes
(2º membro)

Solange Farias Torres Palmeira
(Acadêmica)

Dedico esse trabalho a minha família que sempre me apoiou nessa jornada acadêmica, sempre agiu com compreensão e amor nos momentos em que eu estava ausente. É gratificante ter uma família unida que vibra pelas nossas conquistas, poder contar com ela nos momentos tristes e alegres.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por ter me agraciado com saúde, perseverança e força para chegar até aqui.

Agradeço aos meus pais pelo apoio e compreensão durante a graduação, muitas vezes faltava-me tempo para estarmos reunidos.

Agradeço em especial ao meu esposo que não me deixou desistir, sempre me motivando a continuar, obrigado por fazer parte da minha história. Também agradeço aos meus filhos Michael Farias Palmeira e Aline Farias Palmeira pela compreensão, pois, muitas vezes não pude dar-lhes atenção como mereciam, amo muito vocês.

Agradeço a minha professora orientadora Eldessandra Santos Costa, por sempre acreditar em mim e estar disponível na produção desse trabalho.

Agradeço aos meus colegas, pelo aprendizado que podemos compartilhar uns com os outros e juntos chegarmos ao final dessa etapa.

Agradeço minhas professoras e professores que passaram pela minha graduação que de certa forma contribuíram para a minha formação, cada um trouxe um aprendizado especial para mim.

"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana".

Carl Jung

RESUMO

A violência obstétrica é praticada por profissionais de saúde, que violam o direito da mãe e do bebê, durante o ciclo gravídico-puerperal, proporcionando muitas vezes consequências psicológicas e/ou física. O presente estudo tem como objetivo apresentar a contribuição da psicologia na humanização ao parto, para tanto é necessário apontar as politicas públicas engajadas na atenção humanizada ao parto, citar os efeitos psicológicos no contexto da violência obstétrica e identificar caminhos para a atuação do profissional psicólogo na humanização ao parto. Para a construção desse trabalho foi realizado um estudo bibliográfico, na qual foram coletados materiais em sites de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PEPSIC), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google acadêmico, teses, dissertações, assim como, no acervo da biblioteca Prof. Esp. José A. de Oliveira de Vilhena- Rondônia, a partir dos seguintes descritores; humanização ao parto, violência obstétrica, contribuição do psicólogo na humanização ao parto, caminhos para a atuação do psicólogo no parto, politicas públicas envolvidas na humanização ao parto, fatores psicológicos, ansiedade, depressão, terapia cognitiva comportamental. Diante disso verifica-se que a contribuição da psicologia ao parto se define no sentido de humanizar e intervir nos múltiplos discursos e formas de atuação que impedem à efetivação da politica de humanização, deste modo as politicas engajadas na atenção ao parto humanizado trabalha no intuito de trazer mudanças ante as práticas de intervenção profissional de saúde. Dessa forma o presente estudo pode identificar que a atuação do psicólogo na atenção humanizada ao parto, ainda é algo em construção, devido sua presença ainda não ser permanente no setor obstétrico, aludiu-se ser possível sua atuação antes do parto, oferecendo atendimento psicológico, psicoeducação, informando e preparando a mulher para essa experiência, bem como, intervém no momento do parto apoiando psicologicamente a parturiente e sua família, validando sua voz, empoderando, ressignificando suas dores e aliviando ansiedades advindas dessa vivência.

Palavras chave: Humanização ao Parto. Politicas Públicas. Violência Obstétrica. Psicologia. Terapia Cognitiva Comportamental.

ABSTRACT

Obstetric violence is practiced by health professionals who violate the right of mother and baby during the pregnancy-puerperal cycle, often providing psychological and / or physical consequences. The present study aims to present the contribution of psychology in the humanization of childbirth. Therefore, it is necessary to point out the public policies engaged in humanized childbirth care, to cite the psychological effects in the context of obstetric violence and to identify ways for the professional psychologist to perform. humanization at childbirth. For the construction of this work, a bibliographic study was carried out, in which materials were collected in websites of Electronic Psychological Journals (PEPSIC), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Virtual Health Library (VHL), Google academic, theses, dissertations, as well as in the library collection Esp. José A. de Oliveira de Vilhena-Rondônia, from the following descriptors; humanization at childbirth, obstetric violence, contribution of the psychologist to the humanization at childbirth, ways for the psychologist to perform at childbirth, public policies involved in the humanization at childbirth, psychological factors, anxiety, depression, cognitive behavioral therapy. Given that it is verified that the contribution of psychology to childbirth is defined in the sense of humanizing and intervening in the multiple discourses and forms of action that hinder the implementation of the humanization policy, thus the policies engaged in the attention to humanized childbirth work in order to bring changes before the practices of health professional intervention. Thus the present study can identify that the performance of the psychologist in humanized care at childbirth is still something under construction, because its presence is not yet permanent in the obstetric sector, it has been mentioned that it is possible to act before delivery, offering psychological care, psychoeducation, informing and preparing the woman for this experience, as well as intervening at the moment of delivery, psychologically supporting the parturient and her family, validating her voice, empowering, resignifying her pains and relieving anxieties arising from this experience.

Key words: Humanization at Childbirth. Public policy. Obstetric Violence. Psychology. Cognitive Behavioral Therapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 9

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA 11

2.1 OS TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA 12

2.2 RELATOS DE MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA 14

3 CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA 16

3.1 DEPRESSÃO 16

3.2 ANSIEDADE 17

4 HUMANIZAÇÃO AO PARTO 19

4.1 POLITÍCAS PÚBLICAS NA HUMANIZAÇÃO 21

5 A PSICOLOGIA NA HUMANIZAÇÃO AO PARTO 24

5.1 CAMINHOS PARA ATUAÇÃO 25

5.2 TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL. 28

6 MATERIAL E METÓDO 30

6.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA 30

6.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E INCLUSÃO 31

6.2.1 Inclusão 31

6.2.2 Exclusão 31

6.2.3 Coleta de dados 32

6.2.4 Aspectos éticos da pesquisa 32

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 33

REFERÊNCIA 35

1 INTRODUÇÃO

Antigamente, o parto era um ritual concedido às parteiras, as mulheres pariam seus filhos no conforto dos seus lares. Diante disso, quando havia complicações no parto os cirurgiões-parteiros eram chamados a intervirem, mas essas intervenções eram tão ineficazes quanto às das parteiras. Desde então, a partir do século XX os obstetras se empenharam em promover transformações com relação à assistência ao parto, para que o mesmo fosse atendido no ambiente hospitalar, onde tinham autonomia e controle sobre a parturiente (PONTES et al., 2014).

Assim a obstetrícia moderna passou a extinguir a mulher como sujeito do parto e colocar o médico na condução desse. Sendo assim os mesmos não reconhecem as situações externas e o estado emocional que possivelmente esteja dificultando ou facilitando o parto da mulher. Portanto o médico aparece como detentor do saber e atua com práticas inapropriadas ao momento, causando traumas a mãe e o bebê (PONTES et al., 2014).

Pensando nisso, o ciclo gravídico - puerperal é um dos momentos complexos da vida da mulher, onde ela passa por várias transformações tanto físicas quanto emocionais, psicológicas e sociais. Cabe ressaltar que a mesma necessita de atendimento humanizado e assistência especializada que respeite sua condição de grávida e parturiente. Diante desse contexto a pergunta norteadora do estudo é explicar qual a contribuição da psicologia no processo de humanização ao parto?

A psicologia surge na saúde no intuito de promover diálogo e uma escuta qualificada, contribuindo com a humanização de forma inerente e contínua agregando seus conhecimentos ao trabalho das equipes de saúde para a transformação social nas práticas das políticas públicas, considerando a subjetividade do sujeito (ROCHA et al., 2015).

Desta forma, humanizar o parto significa promover uma mudança profunda no modelo assistencialista, que implica em mudanças de protocolos técnicos, valores sociais, profissionais e culturais, bem como, o resgate do respeito à vida, à natureza e à sexualidade feminina (RIBEIRO, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde, o parto se constitui um dos pontos cruciais da vida psico-sexual da mulher. Portanto quando esse é vivenciado com dor, angústia, medo e isolamento, poderá levar a mulher a ter distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais, sendo que esses fatores poderão causar danos no relacionamento mãe e filho, bem como, na sua vida afetiva e conjugal (BRASIL, 2001).

Ainda o Ministério da Saúde enfatiza que muitas mulheres têm relatado que ao procurarem os serviços de saúde, alguns profissionais as tratam com discriminação, violando seus direitos e causando frustrações. Por esses aspectos o modo de atendimento tem sido fonte de tensão, mal-estar psíquico e físico. Em vista disso, humanizar significa oferecer qualidade na atenção à mulher implicando na promoção, reconhecimento e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, o estudo busca compreender a contribuição da psicologia na humanização ao parto, apontar as políticas públicas envolvidas na atenção humanizada ao parto, citar os efeitos psicológicos no contexto da violência obstétrica e identificar os possíveis caminhos de atuação do profissional psicólogo na humanização ao parto.

Logo, o estudo está subdividido em 4 capítulos, sendo que o primeiro capítulo pretende discorrer sobre o conceito de violência obstétrica, tipos e relatos de mulheres que sofreram violência obstétrica. No segundo capítulo, serão abordados as consequências psicológicas na violência obstétrica e os transtornos psiquiátricos decorrentes do parto e pós-parto. Desse modo, no terceiro capítulo será enfatizado sobre humanização ao parto e as políticas envolvidas nesse processo. Destarte no capítulo quatro pretende-se entender o papel da psicologia na humanização ao parto e os possíveis caminhos para atuação do psicólogo nesta política. E por fim as contribuições da terapia cognitivo comportamental no tratamento das mulheres com quadros ansiosos e depressivos no ciclo gravídico-puerperal, sendo esses os mais prevalentes no parto e pós-parto.

Portanto, justifica-se o estudo pela grande relevância que este desperta para a atuação do psicólogo na saúde e a necessidade desse profissional no contexto gravídico-puerperal. Segundo Polejack (et al., 2015), os psicólogos que trabalham na saúde estão em um campo pouco explorado quando se fala em assistência ao parto e nascimento, sendo sua presença primordial para auxiliar e intervir na pluralidade de discursos e formas de atuação que prejudicam a efetivação da política de humanização do parto.

Essa pesquisa também visa promover a conscientização e a autonomia das mulheres na luta contra á violência obstétrica e a busca pelos seus direitos de grávida e parturiente, assim também haverá por parte dos profissionais de saúde uma mudança de comportamento quanto á forma de executar sua função, levando em conta um atendimento mais humanizado a essas mulheres.

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Segundo Dahlberg e Krug (2006), a Organização Mundial da Saúde define violência como uma atitude de força física e/ou dominação por parte de um indivíduo ou grupo, resultando em sofrimento, morte, dano psicológico, atraso no desenvolvimento ou privação de direitos essenciais a vida. Sendo assim:

> "O termo Violência Obstétrica (VO) surgiu para evidenciar ações exercidas pelos profissionais de saúde para com as mulheres, infringindo o direito da mesma e do seu bebê, podendo ocorrer em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal, deixando muitas sequelas de caráter psicológico e/ou físico. A violência obstétrica iniciou a partir do momento em que o parto deixou de ser como antigamente, onde era caracterizado pelo seu processo fisiológico, domiciliar e exclusivamente da mulher; perdendo a sua essência e passando a ser no ambiente hospitalar, de forma mecânico e voltado para o médico, a figura masculina (SILVA; SOUZA; LEITE, 2019 p. 1)".

Quando se fala em violência obstétrica é importante observar que para Carvalho et al.(2019) o ciclo gravídico-puerperal é uma fase de grandes mudanças na trajetória da mulher, mas também afeta a todos que estão envolvidos no seu meio familiar. Sendo assim, devido às mudanças fisiológicas, anatômicas, psicológicas e sociais, a mesma se encontra vulnerável devido à nova responsabilidade que irá desempenhar de "ser mãe", estando predisposta a conflitos e dificuldades que poderão refletir direta e indiretamente na sua saúde mental.

Podemos entender violência obstétrica como todos os atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos, instituições públicas e privadas, bem como civis (BRASIL, 2012).

Portanto, a violência obstétrica constitui um tema relevante para a política pública de saúde da mulher e da criança no Brasil, assim como para a formação dos profissionais e gestores de saúde, tendo em vista a necessidade de mudança das práticas assistenciais e do sistema de atenção ao parto e nascimento (LANSKY et al., 2019).

2.1 OS TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Os procedimentos técnicos que comprometem a saúde da mulher e do bebê, de acordo Tesser et al. (2015) se configura em violência obstétrica, que retrata diversas formas de violência durante o parto, praticada por profissionais de saúde. Dentre essas violências incluem-se maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos que agridem a saúde mental, sexual e física da mulher.

Conforme o dossiê "Violência Obstétrica: Parirás com dor", elaborado pela Rede Parto do Princípio (Org), para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito- CPMI, á violência contra mulheres, enfatiza que a violência obstétrica é caracterizada por caráter físico, se configura em ações violentas sobre o corpo da mulher, que lhes causam dor ou dano físico, seja em grau moderado, grave ou sem recomendação baseada em evidências científicas. Segue exemplos como: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia (medicação para alívio da dor)(BRASIL,2012).

Entretanto, a violência obstétrica também se caracteriza por um caráter psicológico que representa qualquer ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, insegurança, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Segue exemplos; como: ameaças, mentiras, chacotas, humilhações, chantagens, omissão, informações comunicadas em linguagem técnica, desrespeitando seus padrões culturais (BRASIL, 2012).

Sendo assim, essa violência também tem um caráter sexual que se resume em ações impostas à mulher que violam sua intimidade ou moralidade, afetando sua integridade sexual e reprodutiva, constrangendo-a na manipulação de partes intimas do seu corpo. Portanto segue alguns exemplos: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, enema (lavagem intestinal), ruptura ou descolamento da membrana fetal, imposição da posição ginecológica, exames repetitivos dos seios sem esclarecimento e sem consentimento (BRASIL, 2012).

Por fim, a violência obstétrica também se configura em caráter institucional, que se remete a ações ou formas de organização que dificulta, adia ou impede o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sendo essas ações ou serviços, de natureza pública ou privada. Por exemplo: impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, à amamentação, ao acompanhante, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação,

parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impedem e contrariam as normas vigentes (BRASIL, 2012).

Muito tem se discutido sobre o conceito de violência obstétrica, tendo esse tema se tornado cada vez mais frequente nos veículos midiáticos, viabilizando campanhas de conscientização. Essas campanhas configuram uma importante ferramenta para que ocorra o emponderamento das usuárias do SUS e também na transmissão de informação á população, contribuindo diretamente para a diminuição dos casos (SOUZA; VALENTE, 2016).

Em uma pesquisa nacional referente à violência obstétrica, Tesser et al.(2015), apontou que cerca de um quarto das mulheres que tiveram bebês e mais ou menos metade das mulheres que abortaram relataram alguma forma de violência obstétrica. Esses casos apontam apenas um pequeno índice da violência que a sociedade e os profissionais de saúde têm convivido de forma passiva, sutil e rotineira. O autor menciona que a solução seria uma prevenção quaternária pautada na atitude, ação, identificação, evitando assim, a hipermedicalização e intervenções obstétricas desnecessárias por parte dos profissionais.

Em conformidade com a Humanização do parto (2015), em uma pesquisa constatou-se, que apenas 25,2% das mulheres tiveram acesso á alimentação no trabalho de parto. Visto que, 52% dos partos foram realizados por cesariana na rede pública e 88% na rede privada. Quanto às intervenções obstétricas, apenas 5% das mulheres tiveram partos sem a prática da episiotomia e manobra Kristeller. Por outro lado 91,7% dos partos normais ocorreram na posição ginecológica (litotomia) e cerca de 53, 5% das mulheres sofreram episiotomia. Vale ressaltar, que somente 18,7% das mulheres tiveram direito a um acompanhante de sua escolha na hora do parto e apenas 26,6% dos bebês tiveram contato com a mãe logo ao nascer. Outro dado também aponta que desde o início da gravidez, 70% das mulheres optavam pelo parto vaginal.

Neste estudo, foi possível concluir que a maioria das mulheres desconhecem seus direitos com relação ao parto, dificultando a identificação de situações de violação. O resultado dessa pesquisa é um retrato da assistência ao parto praticada atualmente no Brasil e uma amostra da necessidade de um esforço conjunto para mudar essa realidade afirma o pesquisador (HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2015).

2.2 RELATOS DE MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Atualmente tem se discutido a respeito da violência obstétrica e a alusão de boas práticas no contexto do parto e nascimento, pois, referente a essa temática houve a pesquisa "Nascer no Brasil", realizada por várias instituições coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, como a primeira que deu voz as mulheres para que relatassem sobre os partos e nascimentos de seus bebês no Brasil (FIORETTI, 2014). Segue alguns relatos de mulheres que sofreram violência obstétrica:

> "Quando a gente fica sozinha sentindo dor sem apoio de ninguém, parece que a dor não passa". "Mas quando chegava uma enfermeira do lado que dava apoio e me ajudava, eu ficava mais corajosa ainda, botava mais força para o bebê nascer logo."
>
> "Eu só sabia chorar, porque estava sozinha, eu queria estar acompanhada e não podia. Me colocaram lá fizeram o toque e estava para nascer, me colocaram na posição com as pernas abertas, a gente não pode gritar, porque senão o bebê sobe, não pode gritar mas dói tanto que não tem como não gritar, o médico disse que não podia gritar. Dai ele viu que eu estava sentindo muita dor, e não ia conseguir ter o bebê, ele pressionou o braço na minha barriga, apertou e disse que era para ajudar a nenê nascer."
>
> "Fiquei sozinha, não podia entrar ninguém, não deixaram entrar familiar na sala de pré-parto, fiquei muito triste, porque também não tive suporte de enfermeiro nem de médico, fiquei se sentindo abandonada". "É difícil porque a gente está numa situação bem sensibilizada, cansada, fraca."
>
> "Fui mal atendida desde a hora que entrei, sendo chamada de manhosa, com dores fortíssimas, sem atendimento para diminuir a minha dor. Eu entrei no hospital às 2 horas da manhã com cinco centímetros de dilatação, eu sofri até as 10 para 7 da noite, uma hora e meia no trabalho de expulsão e tiraram minha filha a base de ferro, teve vários pontos internos, eu sofri bastante depois também. E saindo da mesa de parto, olhei para meu marido e disse que nunca mais queria um filho. Fiquei com parte da costela toda roxa, quase preta por mais de 15 dias, embaixo da minha vagina eu tinha dois hematomas negros que depois foram retirados por sonda, foi muito dolorido. Não tive apoio nenhum, nem mesmo das enfermeiras (FIORETTI, 2014)."

De acordo com Leal (2014) citado por Barbosa e Mota (2016), em um estudo realizado o atendimento humanizado ás mulheres no parto ocorreram em menos de 50% das entrevistadas. Visto que, a violência obstétrica é silenciosa e institucionalizada, na qual esses maus tratos sucedem antes, durante e na hora do parto, sendo expressas através de violência física e psicológica, provocando sofrimento físico e psíquico as mulheres. Essas práticas geralmente são vistas nos hospitais como um procedimento natural pelos profissionais da saúde, sendo reproduzidas nas rotinas hospitalares de todo o país.

Portanto, segundo a Humanização do parto (2015), diante da ocorrência dessa violência, a mulher deve procurar órgãos competentes para possíveis denúncias, dentre esses órgãos destacam-se; o Ministério Público - MP, que por meio da Ouvidoria ou da Promotoria de Justiça da sua cidade, apurará o caso e tomará as providências legais para que o serviço de saúde cumpra as obrigações previstas na lei, a fim de que outras mulheres não venham a sofrer as mesmas violações. Ainda, a vítima também poderá procurar a Defensoria Pública ou a Ordem dos Advogados do Brasil – OAB, onde entrará com ação judicial para reparação de danos morais e materiais. Além disso, poderá contatar em seu município Comitês de Mortalidade Materna e/ou de Mortalidade Infantil, assim como**,** a ouvidoria do Sistema Único de Saúde-Disque-saúde: 136.

3 CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica acarreta sofrimento físico e psíquico à mulher, além disso, a gestação e o puerpério são períodos que precisam ser vistos com especial atenção, pois envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na sua saúde mental (ALEIXO; GONÇALVES, 2017).

Concernente a isso, segundo o autor Barbosa e Mota (2016), quando a mulher é assistida de forma desumanizada durante o parto, a mesma produzirá sentimentos ambíguos de aceitação e rejeição, bem como, angústia, insegurança, medo e abandono. Ainda de acordo com o autor, as mulheres que vivenciaram violência física e psicológica por parte de alguns profissionais de saúde, apresentaram diminuição da autoestima, sentiram-se humilhadas e culpadas perante sua condição de parturiente, não podendo expressar sua dor e subjetividade.

Todavia, a gestação e puerpério se torna um momento favorável para o surgimento de sintomas psicológicos e o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Os transtornos mais comuns nesse período incluem a depressão e a ansiedade (ALEIXO; GONÇALVES, 2017).

3.1 DEPRESSÃO

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, que está em sua 5ª edição, o transtorno depressivo maior se caracteriza por cinco ou mais sintomas num período de duas semanas e representa a mudança do individuo em relação ao funcionamento anterior em pelo menos um dos sintomas; como humor deprimido frequente, acentuada diminuição e desinteresse por atividades antes prazerosas e ainda insônia, agitação, fadiga, perda de energia, dificuldades de concentração, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida. O transtorno depressivo maior apresenta episódio único e recorrente em graus leve (F 32.0) Moderado (F 32.1) e Grave (F32. 2) (DSM-5, 2014).

Sendo considerada uma das causas mais incapacitantes no período gravídico-puerperal, o transtorno depressivo maior apresenta causas multifatoriais, além de distúrbios psiquiátricos, experiências negativas associadas à atenção obstétrica como; maus tratos físicos e psicológicos atingindo um significativo número de mulheres no período pós-parto com estimativas de prevalência entre 7,2% à 39,4% (SOUZA, 2014).

Conforme Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar (2017), em um município de médio porte no Sul do Brasil, realizou-se um estudo no ano de 2013, com o intuito de identificar a prevalência e os fatores associados à ocorrência de depressão entre puérperas. Deste modo foram aplicados questionários padronizados em todas as gestantes de duas maternidades do município. O estudo avaliou 2.687 mulheres e constatou-se que aproximadamente 376 apresentaram transtorno depressivo.

Ainda segundo os autores Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar (2017) apesar dos diversos estudos realizados sobre os fatores de risco associados ao transtorno depressivo, ainda é pouco estudado a respeito da assistência por parte dos profissionais de saúde a gestante durante a gestação e o parto, assim como, o suporte social por meio da rede de serviços que integra socialmente a mulher e sua família.

Deste modo, quando se fala em transtorno depressivo, raramente é mencionado sobre o suporte fornecido à mulher pela equipe de saúde, família e companheiro, com relação a isso, a falta de apoio poderá aumentar o risco de depressão. Por ora, recentemente no Brasil como em outros países, há um contexto em que ocorrem discussões sobre a humanização ao parto, imagina-se que esse suporte recebido pela gestante poderá prevenir os transtornos depressivos, por esse motivo o autor menciona que esse tema deve ser mais investigado (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017).

3.2 ANSIEDADE

A ansiedade é um sentimento de angústia, apavoramento e preocupação constante no futuro, caracterizada por pensamentos negativos, impulsividade, excitação do sistema nervoso central. Esses sintomas causam receio do que estar por vir, como sendo uma situação de risco e obriga o individuo a lutar ou fugir (LOPES; SANTOS, 2018).

Ademais, o Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG), segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua 5ª edição, os sintomas ansiosos e preocupação ocorrem na maioria dos dias por pelo menos seis meses, em diversos eventos ou atividades, incluindo o desempenho profissional e acadêmico, assim o individuo encontra dificuldade em controlar essa ansiedade. Além disso, o mesmo experimenta sintomas físicos, incluindo inquietação; dificuldade de concentração; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono(DSM-5, 2014).

Além do mais, percebe-se que no puerpério as mulheres correm maior risco para o surgimento ou piora de distúrbios ansiosos, devido às mesmas estarem vulneráveis, quanto às

mudanças biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006). Acresce que, os maiores índices de ansiedade ocorreram com mulheres no terceiro trimestre da gestação, esses dados confirmaram estar relacionados com a proximidade do parto, considerando que isto pode ser explicado pelo fato de que a gravidez e o parto podem ser percebidos por algumas gestantes como momentos de vulnerabilidade, favoráveis a desencadear distúrbios emocionais (SILVA et al., 2016).

Por outro lado, em um estudo realizado com gestantes multigestas, (67%) delas, relataram que a aproximação do nascimento do filho, ocasionou sentimentos de medo, predispondo-as á alterações no seu bem-estar psíquico, uma vez que a literatura demonstra que mulheres que apresentam emoções de medo com relação ao parto, podem ter maior risco de ansiedade durante a gravidez (SILVA et al., 2016).

A propósito, em uma pesquisa realizada na cidade de Recife-PE, com 400 puérperas, constatou-se que 30% dessas mulheres apresentavam pelo menos um transtorno de ansiedade. Portanto os transtornos mais prevalentes foram à ansiedade generalizada (16,5%), fobia social (11,2%) e o transtorno obsessivo compulsivo (9,0%) (CANTILINO, et al., 2010).

Em suma, num estudo realizado na cidade de Cacoal-RO, foi possível investigar a incidência de ansiedade patológica nas gestantes em acompanhamento pré-natal numa Unidade Básica de Saúde, visto que, essa investigação demostrou que 47% das participantes possuíam nível de ansiedade leve e 5% ansiedade grave. Igualmente, esses dados serviram de alerta, pois, 12,5% das gestantes apresentaram ansiedade moderada e grave, no que concerne uma porcentagem preocupante, se levar em consideração a prevalência de comorbidade em quadros patológicos de ansiedade e principalmente pela falta de psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde do município de Cacoal-RO (GOES; SILVA; ASSIS, 2019).

4 HUMANIZAÇÃO AO PARTO

Acresce que, a humanização oferece atenção, cuidado e respeito à mulher grávida ou parturiente, como pessoa única em sua subjetividade, assim como, sua família e ao bebê que tem direito a um nascimento sadio e harmonioso (HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2015). Ainda na opinião do autor citado acima, a humanização se configura em um conjunto de práticas que oferecem:

- Privacidade a mãe e ao acompanhante;
- Liberdade para se movimentar e facilitar o parto;
- Alimentação e líquidos leves;
- Métodos que aliviem a dor durante a evolução do parto, como; massagens e analgesia;
- Realização da ausculta fetal (ouvir os batimentos cardíacos do bebê) e o controle dos sinais vitais da mãe;
- Possibilidade de escolha da melhor posição para o parto;
- Contato imediato do bebê com a mãe logo após o nascimento (se ela desejar); realização do corte no cordão umbilical apenas quando pararem as pulsações (de 1 a 3 minutos após o nascimento);
- Estimulação da amamentação logo na primeira hora de vida;
- Realização dos procedimentos (pesar, medir, vacinar etc) de rotina no recém-nascido somente após a primeira hora de vida.

No dizer de Possati et al.(2017) a humanização ao parto compreende-se um conjunto de práticas e atitudes pautadas no diálogo, empatia e acolhimento, fornecimento de orientações, valorização da singularidade da parturiente, assim como, realização de procedimentos benéficos à saúde materno-infantil e a constante atualização profissional. Em vista disso a humanização ao parto ainda representa um desafio para o profissional da saúde, visto que, o protagonismo da mulher, o respeito aos seus direitos e o comprometimento dos profissionais de saúde constituem os alicerces para a humanização do parto.

Igualmente, Ribeiro (2015), menciona que o Ministério da Saúde considera que a atenção humanizada ao parto procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando intervenções desnecessárias preservando sua privacidade e autonomia.

Contudo, os fatores que contribuem para a não humanização no serviço de saúde são a falta de autonomia e conhecimento do usuário sobre seus direitos, assim como, a falta de investimentos para capacitações dos profissionais, já que, a humanização é fator essencial para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SOUZA; VALENTE, 2016).

Próximo à década de 50, o movimento pela humanização aconteceu mundialmente a partir da iniciativa de diferentes pessoas que realizavam atendimento as mulheres no parto, bem como, grupos organizados de mulheres, grupos sociais e antropologia. De tal modo que somente em 1980 esses movimentos sociais se engajaram exigindo mudanças na atenção ao parto (RIBEIRO, 2015).

Por esse motivo, com o passar dos anos a assistência a gestante e ao recém-nascido, assim como, a violência obstétrica têm sido estudada, havendo uma importante mobilização de alguns profissionais de saúde, ativistas e pais, que reveem modelos considerados benéficos quanto às práticas obstétricas e o atendimento hospitalar, possibilitando um parto humanizado que permita a saúde física e psicológica da mãe-bebê (ÁVILA, 2017).

Porém, ainda há dúvidas sobre o conceito de parto humanizado, pois, muitas pessoas acreditam erroneamente que seja o parto vaginal. Uma vez que, o parto humanizado se configura em ações respeitosas a mulher, obedecendo a sua fisiologia, modos e condições de parir (ÁVILA, 2017).

Oliveira (2015) alega que o parto humanizado é algo social e cultural que trabalha práticas antigas, devolvendo à mulher a liberdade de escolha sobre seu próprio corpo, consentindo-a tornar-se protagonista no momento do parto. O autor ainda menciona que o parto é um momento de transição, autonomia e empoderamento que pode ser realizado de várias maneiras, sobre o ponto de vista de cada sociedade.

Em decorrência disso, o conceito de humanização ao parto é abrangente pelo fato que envolve o cuidado a gestante desde o momento em que chega a maternidade, tal como, a espera da ruptura da membrana fetal, trabalho de parto, fase expulsiva do bebê, assim como as intervenções que devem ser realizadas e os cuidados ao bebê após o nascimento (ÁVILA, 2017).

Nesse caso, competem aos profissionais de saúde respeitar as diferenças de cada mulher evitando uma série de violências e desmoralizações que constantemente se vê nas formas de atendimento nos hospitais, unidades de saúde e consultórios particulares. Com efeito, os direitos da parturiente devem ser respeitados, se a mesma quiser ter seu filho no hospital ou em outro local, o profissional deve entender que isso faz parte de sua escolha e

construção cultural, posto que, a mulher deve ser o sujeito desse cenário que construiu, tendo condições de decidir sobre sua própria vida e seu corpo (POLEJACK et al., 2015).

Portanto, o Ministério da Saúde refere que o atendimento humanizado, exige do profissional reconhecer a individualidade da mulher como pessoa, estabelecendo um vínculo que seja capaz de perceber suas necessidades e capacidades em lidar com o processo do nascimento. Porquanto, esse acolhimento deve permitir relações de igualdade, sem autoritarismo, pois, o profissional não deve assumir o comando da situação, mas adotar procedimentos que tragam bem-estar e garanta a segurança da mãe- bebê (BRASIL, 2001).

4.1 POLITÍCAS PÚBLICAS NA HUMANIZAÇÃO

Quando se fala em atendimento humanizado, compete compreendermos que existem políticas direcionadas a humanizar o parto, no qual envolve um vínculo entre profissionais e usuários, alicerçado em ações guiadas pela compreensão e pela valorização dos sujeitos, refletindo em atitude ética e humana. Nesse sentido, a humanização inclui à qualidade do cuidado e a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento dos direitos dos usuários (MOREIRA et al., 2015).

Desse modo, as políticas públicas são um meio que o Estado implantou para administrar de forma mais ordenada os interesses sociais, visto que, diante da necessidade da população o governo desenvolve ações, programas, projetos, regulamentações, leis, normas que viabilizem seus direitos e deveres (POLEJACK et al., 2015).

Nesse enfoque, as políticas de humanização têm como objetivo disseminar práticas de saúde que humanizam usuários, trabalhadores e gestores, atravessando as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. Além disso, acredita na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde, gerir os processos de trabalho, atenção, gestão, clínica, política, produção de saúde e produção de subjetividade (MOREIRA, et al., 2015).

A priori, o Ministério da Saúde afirma que, no ano de 2003, surgiu a Política Nacional de Humanização – PNH, consolidada com o objetivo de colocar em prática os princípios do SUS concernentes aos serviços de saúde, no intuito de produzir mudanças no modo de cuidar e administrar. Dessa maneira, a PNH tem o papel de estimular a comunicação entre gestores e usuários para que venham construir processos coletivos relacionados ao enfrentamento de relações de poder no trabalho, atitudes e práticas que de tal modo desumanizam inibindo a autonomia dos usuários. Portanto a PNH cuida para que essa

responsabilidade seja dividida entre outros profissionais de saúde quanto aos cuidados prestados aos usuários (BRASIL, 2013).

Ainda é importante salientar que há leis que legaliza a humanização, uma delas é a lei nº 11.108/2005, que justifica e dá o direito a gestante de ter companhia de sua escolha durante o parto, porém, vale ressaltar, de acordo com a pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz "Nascer no Brasil" em 2015, esse direito ainda é desconhecido por muitas mulheres e vetado por alguns hospitais, sendo esse fato, produto da falta de empoderamento e informação dos usuários da rede, assim como, a deficiência na qualidade do serviço oferecido as gestantes e puérperas (SOUZA; VALENTE, 2016).

Da mesma forma, o Ministério da Saúde, menciona que há leis que viabiliza a humanização, como a Lei 11.634/2007, que regulamenta o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência ao parto. A DC 36/2008 ANVISA que Regulamenta os ambientes de parto para funcionamento dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Assim como, a Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015 - Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS (BRASIL, 2017)

Para tanto, a política de humanização visa enfatizar a participação ativa da mulher no momento do parto, respeitando seus valores, crenças e desejos, para que, de tal modo, diminua as agressões verbais e não verbais que rotineiramente ocorrem nas maternidades. Além da participação da mulher, a política indica principalmente o envolvimento dos familiares e o direito ao acompanhante no momento do parto, visto que, essas ações comprovam e aumentam o grau de satisfação, melhorando os resultados maternos e neonatais, por isso essa recomendação se tornou legal em 2005 com a "lei do acompanhante no parto" (BARBOZA; MOTA, 2016).

Do mesmo modo, de acordo com o Ministério da Saúde, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento-PHPN, compreendem dois aspectos fundamentais, quanto aos deveres das unidades de saúde e profissionais de saúde, incumbindo os mesmos receberem as mulheres, seus familiares e recém-nascidos com dignidade requerendo uma atitude ética e solidária, de modo a criar um ambiente acolhedor instituindo rotinas que rompam com o tradicional isolamento. Outro aspecto diz respeito à adoção de medidas e procedimentos saudáveis no acompanhamento do parto e nascimento, evitando assim práticas intervencionistas que trazem risco a ambos (BRASIL, 2002).

Dentre as políticas públicas engajada na humanização também se destaca; a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento-ReHuNa, na qual é uma organização socialmente

civil que atua desde 1993 em forma de rede de associados em todo o Brasil. Seu papel é divulgar a assistência e cuidados perinatais com base nas evidências científicas e em harmonia com as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Logo o seu principal objetivo é diminuir as intervenções obstétricas desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez parto-nascimento-amamentação, baseado na compreensão de que o parto é um processo natural e fisiológico (RATTER et al., 2010).

Igualmente a respeito das políticas de humanização, o Ministério da Saúde menciona a Rede Cegonha, criada pelo governo brasileiro no âmbito do SUS em junho de 2011, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. Assim um dos objetivos dessa rede está em promover e implantar o novo modelo de atenção à saúde da mãe/bebê com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses. Esse modelo de assistência se configura como ação a adoção de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento (BRASIL, 2017)”.

Portanto, o Ministério da Saúde afirma, quando se fala em propiciar a gestante/parturiente uma assistência humanizada surgem muitas dificuldades por parte dos serviços de saúde em reorganizar essa demanda. Porém, para contornar a situação alguns serviços de saúde tem buscado criar grupos de apoio com a participação de uma equipe como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais etc (BRASIL, 2001).

Segundo o mesmo autor, é percebido que o apoio desses profissionais visa atender especificamente as necessidades das mulheres, parceiros e familiares durante a gravidez. Tendo como principal objetivo ajudar a mulher na preparação da maternidade, assim como, a saber, lidar com os processos vivenciais da gravidez (BRASIL, 2001). Dessa forma, parto humanizado ganhou visibilidade e neste contexto foi possível trazer a tona discussões, tais como, violência obstétrica (ÁVILA, 2017).

5 A PSICOLOGIA NA HUMANIZAÇÃO AO PARTO

Nesse contexto das políticas públicas, o Ministério da Saúde, enfatiza que os profissionais de saúde devem agir como facilitadores do parto, visto que, os mesmos tem a oportunidade de usar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, tendo sensibilidade de distinguir os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias e desnecessárias para assegurar a saúde de ambos. Assim os profissionais tem a responsabilidade de minimizar a dor dessa mulher dando-lhe conforto esclarecendo dúvidas, orientando e a ajudando na hora do parto. Sendo assim, também devem lembrar que são os primeiros a tocar em cada bebê que nasce e ter responsabilidade (BRASIL, 2001).

Logo, a psicologia insere-se na saúde com intuito de colocar em prática as políticas públicas, pois, a função do psicólogo nesse âmbito é promover bem-estar pela via do cuidado humanizado e qualificar a atenção à saúde, assim como, oferecer práticas educativas. Portanto o SUS recomenda que as ações dessa política sejam orientadas para a melhoria da qualidade de vida dos usuários (POLEJACK et al., 2015).

Dessa maneira, o SUS se torna material de trabalho e conhecimento para a psicologia, em razão dos diálogos, das relações e da complexidade do sistema, pois, é fundamental que os psicólogos participem de forma ativa diante das mudanças ocorridas nesse âmbito. Sendo assim sua participação deve ser ampla, efetiva, envolvendo diversos campos, assim como, deve ser construídas relações com os diferentes profissionais e setores (RIBEIRO, 2015).

Entretanto, os psicólogos que trabalham na área da saúde tem um campo vasto e pouco explorado na assistência ao parto e nascimento, sendo sua presença de grande importância para auxiliar na harmonização e multiplicidade de discursos e formas de atuação que prejudicam a efetivação da política de humanização do parto (RIBEIRO, 2015).

Dessa forma, é preciso uma construção coletiva por parte da psicologia, assim como de todos profissionais engajados no tema humanização ao parto. Visto que, a participação da psicologia é uma questão ética que deve ser consolidada de modo mais abrangente e coletiva, pois, o conhecimento que o psicólogo obtém das relações humanas e das redes sistêmicas pode contribuir profundamente para a mudança urgente e necessária no cuidado ao parto (RIBEIRO, 2015).

Portanto, a política nacional de humanização apresenta-se como uma possibilidade de atuação do psicólogo no SUS, a fim de atender as reais situações da população que supere

o modelo de organização assistencial individual e privado, onde cujos objetivos são a cura e a prevenção de doenças e assim prestar uma melhor organização e condições que promova saúde e bem- estar dos integrantes da instituição e usuários (BLEGER, 1984 apud ROCHA, et al., 2015).

5.1 CAMINHOS PARA ATUAÇÃO

Conforme o código de ética do psicólogo, quanto aos princípios fundamentais, concernentes aos artigos I e II, o psicólogo deve basear o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assim como, o mesmo deve executar sua função visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuir para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

Sobre a atuação do psicólogo na atenção humanizada ao parto Arrais, Mourão e Fragale (2014) sugerem que seja o pré-natal psicológico (PNP). Trata-se de um novo conceito em atendimento perinatal voltado para a humanização do processo gestacional, do parto e da família. Esse programa é pioneiro em Brasília e visa à integração da gestante e da família em todo o processo gravídico - puerperal, por meio de encontros temáticos em grupo, com ênfase psicoterápica na preparação psicológica para a maternidade/paternidade e prevenção da depressão pós-parto (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALE, 2014).

As mulheres e os casais que buscam o pré-natal psicológico são estimulados pelo psicólogo a refletir sobre seus medos em relação ao parto, pós-parto, sobre os mitos em torno da maternidade, sobre as dificuldades e exigências em aceitar o papel de pais e a conhecer sinais do trabalho de parto, bem como, os tipos de parto, seus aspectos desfavoráveis e favoráveis, os ajudando a analisar criticamente os procedimentos técnicos indicados pelos médicos, que podem comprometer a saúde do bebê e da mãe (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012).

Esse grupo psicoeducativo proporciona as gestantes, momentos de trocas de experiências e vivências que aumentam sua confiança, nesse período onde se encontram emocionalmente sensíveis. Logo, no pré - parto o psicólogo atua no acompanhamento psicológico a mulher, aliviando medos, dúvidas e temores, aumentando a confiança em si mesma como para com o bebê (ALENCAR; 2014 apud VIANA; MARTINS, 2018).

Dentre os profissionais que trabalham na saúde, o psicólogo tem grande importância no parto humanizado, onde inicia sua intervenção antes do parto, como uma forma de prevenir a violência obstétrica e outros transtornos psicológicos, logo o mesmo trabalha com atividades em grupo com as gestantes explicando seus direitos em relação ao parto, assim como, seus direitos sexuais e reprodutivos, inteirando-se de informá-las acerca dos assuntos relacionados ao parto e pós-parto (ALENCAR; 2014 apud VIANA; MARTINS, 2018).

Portanto, a atuação do psicólogo promovendo a humanização ao parto, ainda é algo em construção, mas existem propostas de atuação do mesmo na atenção ao parto. Pode-se constatar em uma maternidade pública do distrito federal, no centro obstétrico, que a equipe de saúde ainda não havia se deparado com o trabalho do psicólogo às parturientes e puérperas durante o parto. Assim pode-se observar que a presença ativa de um psicólogo neste setor para a maioria dos membros da equipe era algo inovador (SILVA; ARRAIS; LORDELO, 2014).

Dessa forma, o psicólogo pode intervir no parto verificando o nível de ansiedade da parturiente, mediante avaliações e orientações terapêuticas no trabalho de parto. Deste modo sua atuação tem por objetivo realizar uma contenção do estado psíquico da parturiente, propiciando a ressignificação de suas dores e também contribuindo para a redução da ansiedade e seu empoderamento (Simonetti, 2004 apud SILVA; ARRAIS, LORDELO, 2014).

Igualmente, quando se trata de parto cesárea, o atendimento psicológico envolve esclarecimento à mãe sobre os procedimentos a serem realizados relacionados ao processo cirúrgico, como orientações envolvendo a anestesia, posição de parto, modos de agir e ainda sobre a permanência da mulher no bloco cirúrgico após a cirurgia (SILVA; ARRAIS; LORDELO, 2014).

Assim nesse atendimento, o psicólogo pode utilizar a técnica dessensibilização sistemática, através de gravuras o mesmo demonstra algumas etapas da cesárea , auxiliando nas desmistificações de mitos e na redução da ansiedade, pois, o intuito é validar a voz da gestante, focalizando na constituição e significado da experiência do nascimento para as mulheres e homens envolvidos na reprodução (SILVA; ARRAIS; LORDELO, 2014).

Para o mais, o psicólogo também oferece atendimento psicológico aos acompanhantes das parturientes logo na sala de espera, juntamente à escuta da gestante/parturiente. Esse atendimento se configura em prestar esclarecimentos quanto a duvidas, sobre a fisiologia do parto normal ou cesáreo, apoio emocional, orientações de saúde, mediação entre equipe e acompanhante e pedidos de Inter consultas se necessário (SILVA; ARRAIS; LORDELO, 2014).

Do mesmo modo, compete ao psicólogo e demais profissionais de saúde, estimular a presença dos acompanhantes escolhidos pela parturiente no centro obstétrico, durante o trabalho de parto e parto, assim como, orientá-los quanto à participação ativa no processo, repassando informações sobre o processo do parto, controle não farmacológico da dor, normas de conduta do centro obstétrico (SILVA; ARRAIS; LORDELO, 2014).

Além do mais, foi desenvolvido um trabalho de intervenção ao parto no setor obstétrico por estagiários de psicologia, onde os mesmos tiveram a percepção da grande relevância da atuação do psicólogo na obstetrícia, assim puderam perceber que o psicólogo hospitalar em um centro obstétrico deve trabalhar os aspectos biopsicossociais, realizando atendimentos psicoterápicos diversos, discutir casos, oferecer orientações terapêuticas, supervisionar o parto e o manejo da dor, realizar protocolo de luto e encaminhamentos. Porém, para essa intervenção, os estagiários depararam-se com um escasso respaldo teórico para atuação do psicólogo na atenção ao parto (SILVA; ARRAIS; LORDELO, 2014).

Entretanto, baseado na prática e na teoria estudada pelos estagiários foi possível eles desenvolverem atividades referentes ao parto como; acompanhamento psicológico durante o trabalho de parto e parto, no intuito de aliviar a dor das parturientes de forma não farmacológica. Assim puderam compreender na prática por mais que o parto seja uma experiência dolorosa, esse momento pode se tornar prazeroso e menos traumático devido à atenção oferecida à mulher (MARTINHO, 2011 apud SILVA, ARRAIS, LORDELO, 2014).

Segundo Martins e Viana (2018), sobre o parto humanizado, puderam averiguar em uma pesquisa, que ainda há muito a fazer com relação aos casos de violência obstétrica, uma vez que, para a eliminação desses casos é necessário que todos os profissionais engajados no parto hajam de forma ética respeitando as parturientes.

Ainda de acordo com o mesmo autor, percebe-se também a necessidade do psicólogo e do pré-natal psicológico durante a gestação, parto, pós-parto e puerpério. Visto que, essa assistência do psicólogo poderá causar o empoderamento das mulheres durante o parto, consequentemente, ocorrerá à redução da violência, devido às mesmas conhecer seus direitos, isso impedirá que os saberes médicos prevaleçam realizando procedimentos e condutas desnecessárias no momento do parto.

Portanto, o objetivo do psicólogo da saúde na maternidade concerne auxiliar as gestantes e puérperas no enfrentamento da ansiedade e o estabelecimento de um vínculo saudável entre mãe e filho, pois, as experiências do parto permeiam a cognição e influencia a percepção materna por muito tempo (FICHER; ASTBURY; SMITH, 1997). Essa intervenção focaliza-se no momento presente com foco na redução da ansiedade, psicoeducação,

identificação dos pensamentos automáticos, emoções e crenças (RUDNICKI; SANCHES, 2014).

5.2 TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL.

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é uma abordagem estruturada, de curta duração voltada para o momento atual, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais do indivíduo (BECK, 2014).

Essa psicoterapia está baseada na conceituação e compreensão de cada cliente referente suas crenças específicas e padrões de comportamento. O terapeuta ajuda o cliente a encontrar formas que produza mudança cognitiva, ou seja, causando modificação no seu pensamento e no sistema de crenças, com o intuito de produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura (BECK, 2014).

Vale ressaltar que a psicoterapia cognitiva comportamental apresenta elementos importantes para o tratamento do transtorno depressivo e ansioso. Visto que, no caso da depressão o foco se dá em ajudar os pacientes a solucionarem seus problemas e consigam identificar e contestarem seu pensamento, especialmente os pensamentos negativos sobre si mesmos, seu mundo e futuro (BECK, 2014). Entretanto as mulheres que apresentam depressão pós-parto expõem preocupações, pensamentos e sentimentos relacionados aos cuidados com o bebê, apresentando angústia na sua situação atual. Deste modo, a terapia cognitiva comportamental trabalha avaliando e reestruturando essas cognições que refletem em seu comportamento (CAMACHO et al., 2006).

Na ansiedade os clientes são levados a avaliar os riscos das situações que lhes causam temor, levando em consideração seus recursos internos e externos, além disso, os mesmos trabalham para reduzir os mecanismos de esquiva e enfrentar as situações que temem e questionar seus comportamentos negativos (BECK, 2014). Além da psicoterapia individual, para as gestantes e puérperas, a grupoterapia pode tornar-se um importante espaço para trocas de informações e experiências, bem como, para a elaboração das angústias e ansiedades inerentes a esta fase, desse modo às mulheres são estimuladas a expor seus sentimentos e buscar solução para os problemas (AGUIAR et al., 2013).

A proposta de atendimento da TCC ao parto e pós-parto é um trabalho psicoeducativo, que ajuda as puérperas no levantamento de crenças e pensamentos disfuncionais a respeito dos papéis materno e paterno, quanto em relação ao parto,

amamentação, sexualidade, bem como, suas expectativas sobre o modelo de filho ideal (AGUIAR et al., 2013).

Desse modo, a psicoeducação é uma técnica que une instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de informar a mulher ou cuidadores sobre a problemática vivenciada, como, patologias físicas e/ou psíquicas, assim como, sobre seu tratamento. Visto que, com essa intervenção é possível desenvolver um trabalho focado na prevenção de patologias inerentes a gravidez e o puerpério e na conscientização da saúde da saúde mãe-bebê (LEMES; ONDERE-NETO, 2017).

O suporte fornecido por meio da psicoeducação poderá promover um trabalho de parto tranquilo, uma vez que as dúvidas e os medos e anseios que surgirem sobre o desconhecido pode ser facilmente entendidos e superados quando esclarecidos de forma compartilhada (SANTOS; NUNES, 2009 apud RUDNICKI; SANCHES, 2014).

No estudo de Meager (1996) as gestantes e puérperas que foram submetidas à grupoterapia na abordagem da TCC para o tratamento da depressão, apresentaram melhora significativa, baseando-se nas escalas de *Edinburgh*, Inventário de Beck para Depressão (BDI) e no perfil dos estados de humor (*Profile of Mood States*) (CAMACHO et al., 2006).

O profissional de saúde que trabalha com grupoterapia, deve proporcionar uma escuta especializada às mães, permitindo que essas expressem seus sentimentos em relação à gravidez e o puerpério, sendo muitas vezes considerados negativos pela sociedade; por exemplo; raiva do choro do bebê. Esse profissional tem o dever de acolher as mulheres, validando sua voz e ressignificando seus sentimentos, ajudando-as na identificação de pensamentos disfuncionais (AGUIAR et al., 2013).

Nesse sentido, o profissional também proporciona troca de informações objetivas, com linguagem simples e clara, mostrando afetividade e empatia, sem, contudo, impor técnicas e métodos. Portanto as mulheres, de um modo geral, precisam de apoio para assumir sua função materna, necessitam de afeto, cuidado e principalmente compreensão para atravessar este momento de fragilidade emocional com vivências e mudanças tão intensas nesse ciclo (AGUIAR et al., 2013)

6 MATERIAL E METÓDO

6.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O interesse pela pesquisa surgiu ao ouvir relatos de mulheres na mídia (internet, documentários e programas televisivos) quanto aos maus tratos sofridos no parto, assim surgiu curiosidade em saber como a Psicologia poderia contribuir para a humanização ao parto.

A pesquisa teve inicio em fevereiro de 2019, no primeiro momento houve a escolha e definição do tema, posteriormente em meados de março a maio sucedeu o levantamento bibliográfico, bem como, a elaboração do pré-projeto e a análise do material. Logo, em meados de junho foi entregue o pré-projeto do trabalho de conclusão de curso.

No segundo semestre, a partir de julho, foi levantado novos estudos, assim como, a escrita do trabalho de conclusão de curso, posteriormente houve a análise do material pesquisado, apresentação e discussão dos dados, visto que, em novembro se deu a finalização do estudo.

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de natureza básica, que envolve verdades e interesses universais, procurando gerar novos conhecimentos úteis para o avanço da ciência, sem aplicação prática prevista. Entretanto, o método usado nessa pesquisa foi o qualitativo onde o ambiente natural é a fonte direta para a coleta de dados, interpretação dos fenômenos e atribuição de significados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Portanto a pesquisadora buscou se aprofundar na compreensão dos fenômenos existentes, na qual esses fenômenos se resumem nas ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente ou contexto social. Dado que a pesquisadora visou interpretá-los segundo o ponto de vista de cada sujeito que participou da situação e não se preocupou em representar esses fenômenos de forma numérica, generalizações estatísticas ou relações lineares de causa e efeito (GUERRA, 2014).

Visto que, a autora analisou qualitativamente os aspectos relacionados à humanização do parto e as perspectivas de estudos e relatos que tratam a temática, deste modo, foram avaliados as características desses fenômenos, buscando explicar as propriedades que identificam os objetos do estudo, abrindo perspectivas para estudos posteriores.

O procedimento técnico utilizado nesse estudo referiu-se a uma revisão de caráter bibliográfico, essa pesquisa desenvolve-se a partir de materiais que já foram elaborados, na qual, constituem-se de livros, enciclopédias, anuários, almanaques, publicações periódicas e artigos científicos. Vale ressaltar que nessa pesquisa existe um beneficio maior ao pesquisar, visto que, permitiu a pesquisadora ter acesso mais abrangente a uma gama de fenômenos do que aqueles que poderia ser pesquisado de forma direta (GIL, 2002).

Logo, os objetivos desse estudo foram analisados de forma descritiva, segundo Prodanov e Freitas (2013), buscando expor as características do fenômeno estudado, demandando técnicas padronizadas de coleta de dados para compreender a contribuição da psicologia na atenção humanizada ao parto, assim como, apontar as politicas públicas envolvidas na atenção humanizada ao parto, citar os efeitos psicológicos no contexto da violência obstétrica e identificar as possíveis contribuições da psicologia na atenção ao parto humanizado.

6.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E INCLUSÃO

6.2.1 Inclusão

A coleta de dados foi realizada a partir da identificação e a localização dos registros concernentes à pesquisa, assim selecionou-se os conteúdos sobre psicologia e saúde, no período de 2001 até a 2019. Após o levantamento bibliográfico, foi realizada a seleção dos conteúdos, a partir da leitura dos títulos e resumos, em seguida chegou-se a fundamentação teórica. Portanto para alcançar as respostas do problema proposto, identificaram-se as informações relevantes ao tema, à leitura dos textos e as informações apresentadas pelos autores.

6.2.2 Exclusão

Para a exclusão foram descartados os materiais que não aludiram a temática proposta, do período de 2001 a 2019. Nesse aspecto, após o levantamento bibliográfico, foi realizada a seleção dos conteúdos, a partir da leitura dos títulos e resumos, para a exclusão propriamente dita.

6.2.3 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi realizado o levantamento bibliográfico através do site de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PEPSIC), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google acadêmico, teses, dissertações, assim como, no acervo da biblioteca Prof. Esp. José a. de Oliveira de Vilhena- Rondônia, a partir dos seguintes descritores; humanização ao parto, violência obstétrica, contribuição do psicólogo na humanização ao parto, caminhos para a atuação do psicólogo no parto, politicas públicas envolvidas na humanização ao parto, fatores psicológicos, ansiedade, depressão, terapia cognitiva comportamental. A busca foi redefinida para publicações de “artigo” entre “2001 a 2019” e com o idioma em “português”.

6.2.4 Aspectos éticos da pesquisa

A presente pesquisa procurou seguir as normas da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT), na qual, utilizam-se princípios que padronizam e exigem critérios técnicos para a elaboração da pesquisa científica, a fim de que o trabalho descrito apresente um padrão de qualidade. Nesse ínterim também buscou-se obedecer às regras concernentes ao manual de trabalhos acadêmicos da Faculdade da Amazônia (FAMA).

Quanto aos critérios de elaboração, utilizaram-se estudos científicos, além do mais, empregou-se uma linguagem sem ambiguidades, respeitando as normas da língua, apresentando clareza e conhecimento ao leitor.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, a violência obstétrica caracteriza-se como qualquer conduta praticada por profissionais de saúde, sendo de caráter físico, psicológico, sexual e institucional, que afeta as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, passou a ser evidenciada a partir do momento em que o parto deixou de ser um evento natural e fisiológico como acontecia anteriormente e tornou-se algo mecanizado voltado para o saber médico, com excesso de intervenções obstétricas e medicalização desnecessária.

Ao contrário do exposto acima, a humanização ao parto veio trazer a ideia de um parto natural e fisiológico, trazendo o conceito de um olhar humanizado a mulher, com respeito à mãe/bebê e sua família, oferecendo práticas humanizadas que proporcionem bem-estar biopsicossocial.

Os estudos aqui realizados evidenciaram que a psicologia está inserida na saúde no intuito de promover bem-estar pela via do cuidado humanizado, qualificando a saúde oferecendo práticas educativas. No entanto a contribuição da psicologia na humanização ao parto se faz importante, pois, há necessidade que os mesmos participem de forma ativa diante de várias mudanças que ocorrem constantemente nesse meio, e ainda atenuem múltiplos discursos e formas de atuação que impedem a efetivação da política de humanização.

Entretanto, apontou-se que as políticas engajadas em humanizar o parto, estabelecem modos de cuidar e administrar por parte dos profissionais de saúde, buscando assegurar que hajam com empatia e intervenções benéficas que não prejudiquem a mulher e o bebê. Portanto essas políticas prestam um olhar humanizado às necessidades dessas mulheres pelo direito das mesmas vivenciarem um parto saudável com o mínimo de traumas físicos e psicológicos.

Ainda pode-se observar que as mulheres que não vivenciaram o parto humanizado apresentaram emoções negativas, posto que, estão mais propensas a desencadear transtornos psicológicos e patologias como ansiedade e depressão, pois, ainda nessa fase a mulher se encontra vulnerável em termos biopsicossociais. Sendo assim, foi possível constatar, que os cuidados humanizados prestados a essas mulheres por parte de sua rede de apoio poderão contribuir para a prevenção da violência obstétrica e outras patologias.

Nesse sentido faz necessária a atuação do psicólogo na humanização ao parto, uma vez que seu trabalho inicia-se antes do parto, através do pré-natal psicológico, onde intervém na preparação das gestantes e sua família para a experiência desse evento. Essa intervenção é

centrada no atendimento psicológico e psicoeducação a gestantes, com base na prevenção de possíveis ocorrências no parto.

Portanto, identificou-se nesse estudo, que a atuação do psicólogo na atenção humanizada ao parto, ainda é algo em construção, pode-se compreender que sua presença nesse âmbito ainda não é prevalente, sendo possível o mesmo atuar prestando apoio psicológico a parturiente e sua família, validando sua voz, empoderando, ressignificando suas dores e aliviando ansiedades advindas dessa vivência.

Conclui-se que, essa pesquisa é de fundamental importância para a psicologia, a fim de que haja pesquisas que enfatizem a percepção das mulheres com relação à experiência do parto, bem como, as repercussões dessa experiência para díade mãe-bebê e sociedade, também investigar a experiência corporal e fisiológica ocorridas no parto e como isso pode interferir na subjetividade da mulher, na constituição psicológica do bebê e na saúde mental de ambos.

Evidentemente a psicologia precisa de mais pesquisas voltadas a temática humanização ao parto, pois, durante o estudo foi encontrada poucas pesquisas com relação à atuação do psicólogo na atenção ao parto. Desta forma a necessidade de estudo nessa área é de grande relevância tanto para o meio acadêmico como para a construção da atuação permanente do psicólogo nesse âmbito, pois, à medida que essa pesquisa avançar, permitirá a possibilidade desse profissional prevenir ou intervir nos processos antes e durante o parto, minimizando suas consequências.

O presente estudo pode vir a ser útil para conscientização e mudança de comportamento por parte dos profissionais de saúde, a fim de que haja reflexão ante as suas práticas desumanizadoras e passem a oferecer um atendimento humanizado as mulheres grávidas e puérperas, igualmente pode chamar a atenção das autoridades governamentais a investir em capacitações que foquem a temática humanização. Por fim também pode ser útil a conscientização das mulheres na busca de informações pelos seus direitos, em consequência disso, a diminuição dos casos de violência obstétrica.

REFERÊNCIA

AGUIAR, Aline Melo de et al. **Atendimento psicoeducativo em grupo para mulheres no pós-parto:** relato de experiência**.** Aletheia, Canoas , n. 41, p. 174-184, ago. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 out 2019.

ALEIXO, Bruna Andrade; GONÇALVES, Marcia. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério.** Rev. Psichiatry on line Brasil, vol.22, n.5, p.5, Mai.2017. Disponível em:< https://www.polbr.med.br/ano17/prat0517.php.> Acesso em: 26 out 2019.

ÁVILA, Letícia. **Parto:** outro lado invisível do nascer. Campo Grande: Copyright, 2017.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. **Pré-Natal Psicológico:** perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 103-116, jun. 2016 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2019.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; CABRAL, Daniela Silva Rodrigues; MARTINS, Maria Helena de Faria. **Grupo de pré-natal psicológico:** avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. Encontro: Revista de Psicologia, v. 15, n. 22, p. 53-76, 2015. Disponível em:< https://pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/view/2480.> Acesso em: 16 set 2019.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves; FRAGALLE, Bárbara. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto**. Saúde e Sociedade, v. 23, p. 251-264, 2014. Disponível em:< https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0104-12902014000100251&script=sci_arttext&tlng=pt.> Acesso em: 01 out. 2019.

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo comportamental**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Cartilha da PNH:** Política Nacional de humanização/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher.- Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.> Acesso em: 22 maio 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher**. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. /Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher.- Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. > Acesso em: 25 set 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. /Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher.- Brasília: Ministério da Saúde**,** 2001. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.> Acesso em: 22 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher Princípios e Diretrizes.** /Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher.- Brasília: Ministério da Saúde,2004**.** Disponível:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.>Acesso em: 21 maio 2019.

BRASIL. **Violência Obstétrica:** Parirás com dor**.** Parto do Princípio (Org) Mulheres em rede pela maternidade Ativa. 2012. Disponível em:< https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf.> Acesso em: 26 out 2019.

BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. **Violência obstétrica:** vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, v. 5, n. 1, 2016. Disponível em:< https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847.>Acesso em: 7 out 2019.

CANTILINO, Amaury et al. **Transtornos psiquiátricos no pós-parto**. Rev. psiquiatr. clin. São Paulo, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010. Disponível :< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600006.>Acesso em: 27 set 2019.

CARVALHO, Geraldo Mota de. et al. **Transtornos mentais em puérperas:** análise da produção de conhecimento nos últimos anos. Brazilian Journal of Health Review, v. 2, n. 4, p. 3541-3558, 2019. Disponível em:< http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/2477/2504.> Acesso em: 02 out. 2019.

CAMACHO, Renata Sciorilli et al.**Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério:** classificação, diagnóstico e tratamento. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo , v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006 . Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200009. >Acesso em: 26 Set. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo.** 2005. Disponível em:< https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf.> Acesso em: 30 nov.2019.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. **Violência:** um problema global de saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, p. 1163-1178, 2006. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.>Acesso em: 24 set.2019.

FAISAL-CURY, Alexandre; MENEZES, Paulo Rossi. **Ansiedade no puerpério:** prevalência e fatores de risco**.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 171-178, março de 2006. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000300006&lng=en&nrm=iso.>Acesso em: 27 set. 2019.

FIORETTI, Bia. **Nascer no Brasil:** Parto, da violência obstétrica as boas práticas. 2014. Disponível:< https://portal.fiocruz.br/video-nascer-no-brasil.>Acesso em:< 19 set. 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUERRA, Elaine Linhares de Assis. **Manual pesquisa qualitativa.** 1.ed. Belo Horizonte: Anima Educação, 2014.

GOIS, Aneli Pereira de Araujo; SILVA, Leila Gracieli da; ASSIS, Cleber Lizardo de. **Ansiedade na gestação**: um estudo com mulheres de uma unidade básica de saúde de Cacoal-RO, Brasil. Alternativas Cubanas En Psicología, Cacoal -ro, v. 7, n. 21, p.103-121, 10 out. 2019.Disponível em:< http://acupsi.org/articulo/277/ansiedade-na-gestao-um-estudo-com-mulheres-de-uma-unidade-bsica-de-sade-de-cacoal-ro-brasil.html.>Acesso em: 24 out.2019.

HARTMANN, Juliana Mano; MENDOZA-SASSI, Raul Andrés; CESAR, Juraci Almeida. **Depressão entre puérperas**: prevalência e fatores associados**.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, e00094016, 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000905013&script=sci_abstract&tlng=pt.>Acesso em: 25 out. 2019.

HUMANIZAÇÃO DO PARTO. **Nasce o respeito**: Informações práticas sobres seus direitos / Organização, Assessoria Ministerial de Comunicação; Coordenação, Maísa Silva de Melo de Oliveira ; Redação, Andréa Corradini Rego Costa e Maísa Melo de Oliveira ; Revisão Técnica, Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco. -- Recife : Procuradoria Geral de Justiça, 2015. 34 p. ; il. Disponível em:< https://www.mppe.mp.br › article › cartilha humanização do parto pdf. >Acesso em:24 set. 2019.

LEMES, Carina Belomé; ONDERE -NETO, Jorge. **Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde**. Temas psicol., Ribeirão Preto , v. 25, n. 1, p. 17-28, mar. 2017 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100002&lng=pt&nrm=iso.> Acesso em: 07 out. 2019

LOPES, Keyla Crystina da Silva Pereira; SANTOS, Walquiria Lene dos. **Transtorno de ansiedade**. Revista de Iniciação Científica e Extensão, v. 1, n. 1, p. 45-50, 2018.Disponível em:< https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/47.> Acesso em: 22 out 2019.

LANSKY, Sônia et al. **Violência obstétrica**: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 24, n. 8, p. 2811-2824, Ago. 2019. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802811.> Acesso em: 25 set 2019.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais[recurso eletrônico]: DSM-5./[American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento...et al.];revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli...[et al.]- 5. ed. Dados eletrônicos.-Porto Alegre: Artmed, 2014.

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles et al. **Políticas públicas de humanização:** revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 3231-3242, 2015.Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003231. >Acesso em: 23 set. 2019.

OLIVEIRA, Cathana. **Psicologia e Política Nacional de Humanização**: Reflexões sobre a Humanização na Gestação e Nascimento. In: POLEJACK, Larissa et al (Org.). **Psicologia e Políticas Públicas na Saúde:** Experiências, reflexões, interfaces e desafios. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. Cap. 13. p. 243-256.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico:** Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo -Rio Grande do Sul: Feevale, 2013.

PONTES, Monise Gleyce de Araújo et al. **Parto nosso de cada dia**: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, Paraíba-pe, v. 12, n. 1, p.69-78, 27 fev. 2014.Disponível em:< http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf. Acesso em:< 20 set. 2019.

POSSATI, Andrêssa Batista et al. **Humanização do parto:** significados e percepções dos enfermeiros. Esc. Anna Nery , Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160366, 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf. > Acesso em: 26 out 2019.

POLEJACK, Larissa et al. **Psicologia e políticas públicas na Saúde**: experiências, reflexões, interfaces e desafios**.** Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

ROCHA, Beatriz Schmidt da et al. **Psicologia e a Política Nacional de Humanização:** Uma Proposta de intervenção. In: POLEJACK, Larissa et al. **Psicologia e Políticas Públicas na Saúde:** Experiências, reflexões, interfaces e desafios. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. Cap. 15. p. 267-280.

RIBEIRO, Patrícia Loraine Miranda. **Humanização do Parto:** Política Pública, realidade obstétrica e Psicologia. In: POLEJACK, Larissa et al (Org.). **Psicologia e Políticas Públicas na Saúde:** Experiências, reflexões, interfaces e desafios. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. Cap. 14. p. 257-266.

RUDNICKI, Tânia; SANCHEZ, Marisa Marantes. **Psicologia da Saúde**: A prática da terapia cognitiva comportamental em hospital geral. 2. ed. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014.

RATTNER, Daphne et al. **ReHuNa–A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento**. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 215-228, 2010.Disponível em:< http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849.> Acesso em: 8 set.2019.

SILVA, Fabiana Laranjeira da; SOUZA, Ana Lívia Siqueira; LEITE, Cláudia Daniele Barros. **Reflexões sobre as agressões causadas ao psicológico materno pela violência obstétrica**: um estudo de revisão integrativa. **REVISTA UNINGÁ**, v. 56, n. S1, p. 159-171, 2019. Disponível em:< http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2060.> Acesso em: 15 set 2019.

SOUZA, Karina Junqueira de. **Violência institucional na atenção obstétrica:** proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. 2014. Disponível em:< http://repositorio.unb.br/handle/10482/17225.> Acesso em: 5 set 2019.

SOUZA, Agnes Carolinne Alves de; VALENTE, Márcio Bruno Barra. **Violência obstétrica**: um desafio para Psicologia. **REVISTA HUM@ NAE**, v. 10, n. 1, 2016. Disponível em:< http://humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/521.> Acesso em: 2 Jul.2019.

SILVA, Mônica Maria de Jesus et al. **Ansiedade na gravidez**: prevalência e fatores associados. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, São Paulo. p.1-8, 10 out. 2017.Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03253.pdf.> Acesso em: 9 out 2019.

SILVA, Naraiana Oliveira de; ARRAIS, Alessandra Rocha de; LORDELLO, Sílvia Renata Magalhães. **Percepção da equipe obstétrica sobre o papel do psicólogo hospitalar em um centro obstétrico do df**. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde, v. 3, n. 2, p. 49-67, 2014. Disponível em:< http://periodicos.uniarp.edu.br/ries/article/view/288.> Acesso em 15 set.2019.

TESSER, Charles Dalcanale et al., **Violência obstétrica e prevenção quaternária**: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.Disponível em:< https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-879075.> Acesso em: 22 maio 2019.

VIANA, Roberta Florentino; MARTINS, Géssica Faria. **Empoderamento da mulher no parto humanizado**. Revista Brasileira de Ciências da Vida, v. 6, n. Especial, 2018. Disponível em:< http://jornal.faculdadecienciasdavida.com.br/index.php/RBCV/article/view/759.>Acesso em: 21 set 2019.