



AS DIVERSAS FACES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ÂMBITO HOSPITALAR

THE VARIOUS FACES OF OBSTRIC VIOLENCE IN HOSPITALS

Amanda de Almeida Luz¹
Leilane de Aguiar Sousa Silva²
Elisângela de Andrade Aoyama³
Ludmila Rocha Lemos⁴

¹Acadêmica de Enfermagem. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* amandaluuz@gmail.com

²Acadêmica de Enfermagem. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* aguiar3002@hotmail.com

³Mestra em Engenharia Biomédica pela Universidade de Brasília – UnB. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. *E-mail:* eaa.facjk@gmail.com

⁴Mestra em Engenharia Biomédica pela Universidade de Brasília – UnB. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. *E-mail:* ludmilarochalemos@gmail.com

Resumo: A violência obstétrica é um fenômeno que vem acontecendo há algumas décadas na América Latina. Esta violência é cometida contra a mulher grávida e sua família em instituições de saúde, no momento do atendimento, pré-natal, ao parto, puerpério e aborto. Um dos agravantes a essas gestantes é a falta de informação e o medo de buscar detalhes do processo que irá passar junto a equipe de saúde, sabendo essas mulheres que existem leis que amparam o seu direito. A humanização em todas as práticas afasta a tão chamada violência obstétrica, elas se encontram vulneráveis e tão sensíveis necessitando de um atendimento personalizado e que não viole o seu direito. A legislação tem vários pontos cruciais que amparam a mulher. O Ministério público aboliu o termo e até o presente momento afirma ser inadequado para uso, encontra-se em discussão com todas as classes da saúde. Tem-se por objetivo geral descrever as particularidades da violência obstétrica no âmbito hospitalar. Foi realizada uma revisão bibliográfica incluindo artigos, referentes a revistas e livros referentes ao tema. Considerando partos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) o percentual de partos normais permanece maior 59,8% contra 40,2 % de cesarianas, estabilização do índice, ficou em torno de 35,5%. Pode-se concluir que é prevalente esse tipo de violência e é necessário implantar boas práticas para se obter uma assistência humanizada, personalizada e sempre praticando de forma empática o desenvolver da assistência.

Palavras-chave: Parto humanizado, violação à mulher, violência obstétrica.

Abstract: *Obstetric violence is a phenomenon that has been happening for some decades in Latin America. This violence is committed against pregnant women and their families in health institutions at the time of care, prenatal care, childbirth, postpartum and abortion. One of the*

aggravating factors for these pregnant women is the lack of information and the fear of seeking details of the process that will go with the health team, knowing these women that there are laws that support their right. Humanization in all practices removes so-called obstetric violence, they are vulnerable and so sensitive needing a personalized service that does not violate their right. The legislation has several crucial points that support women. The prosecution has abolished the term and claims to be unsuitable for use, is under discussion with all classes of health. The general objective is to describe the particularities of obstetric violence in hospitals. A literature review was performed including articles, related to magazines and books related to the theme. Considering deliveries performed in the Unified Health System (SUS) the percentage of normal deliveries remains higher 59.8% against 40.2% of cesarean sections, stabilization of the index, was around 35.5%. It can be concluded that this type of violence is prevalent, and it is necessary to implement good practices to obtain humanized care, personalized and always practicing empathetically the development of care.

Keywords: *Humanized childbirth, violation of women and obstetric violence.*

Introdução

Violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Nesse sentido, destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher, o descaso e o desrespeito com as gestantes. Sendo este um fenômeno que vem acontecendo há algumas décadas na América Latina [1].

Um fator sempre presente entre as gestantes é a falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos que irão ser realizados na evolução do trabalho de parto. Essa situação pode levá-las a se conformarem com a



exploração de seus corpos por diferentes pessoas, aceitando diversas situações incômodas sem reclamar [2].

Gestantes do mundo todo sofrem abusos, desrespeitos, negligências e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Essas práticas podem ter consequências adversas para a mãe e para o bebê, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher. Por esses motivos que a humanização do parto envolve um conjunto imenso de propostas que visam mudanças nas ações da assistência. No parto humanizado deve ser respeitado o processo fisiológico de cada mulher, evitando procedimentos desnecessários ou prejudiciais [3].

Dessa forma, a violência obstétrica é considerada uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto, que inclui perda de autonomia e decisão sobre seus corpos. O Ministério da Saúde (MS) lançou por meio da Secretaria Nacional dos Direitos da Mulher uma campanha intitulada salve a mulher, que vem para conscientizar a respeito da violência contra o público feminino buscando a responsabilidade e a promoção do direito da mulher [4].

Dados da Fundação Oswaldo Cruz enfatizam que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados. Com base neste entendimento recomenda-se uma maior participação do Enfermeiro Obstetra (EO) na atenção ao parto tomando como referência a ideia de que sua formação é orientada para o cuidado e não para a intervenção [5].

O tema tem grande relevância dentro da saúde da mulher, pois é um fenômeno que vem acontecendo há algumas décadas na América Latina e acomete a mulher grávida e sua família em instituições de saúde, no momento do atendimento, pré-natal, ao parto ou ao aborto. Dessa maneira, esta pesquisa tem por objetivo descrever essa violência obstétrica no âmbito hospitalar [6].

Materiais e métodos

Para construção desse trabalho, foi realizada uma revisão bibliográfica com abordagem descritiva. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: artigos científicos, Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual de Saúde, sites, bases de dados da plataforma *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* publicados no período de 2011 até 2019, sendo que todos relatavam informações sobre o tema proposto.

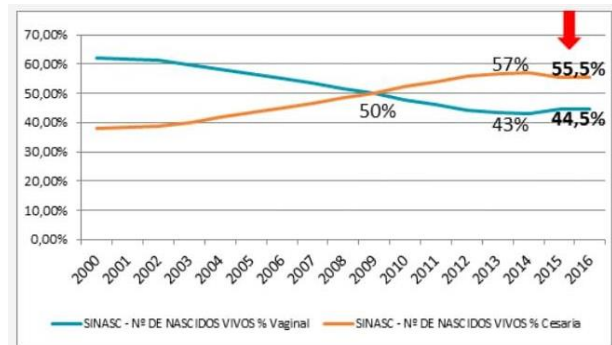
Como critérios de inclusão, foram utilizados trabalhos publicados dentro do período estipulado, artigos com relevância ao tema em língua portuguesa. Como critérios de exclusão, foram descartadas resenhas, resumos, artigos publicados fora do período estipulado e que estavam fora do tema proposto.

As palavras chaves utilizadas na pesquisa foram: parto humanizado, violação a mulher, violência obstétrica. Foram encontradas 25 referências, das quais 18 foram selecionadas para construção dessa pesquisa.

Resultados

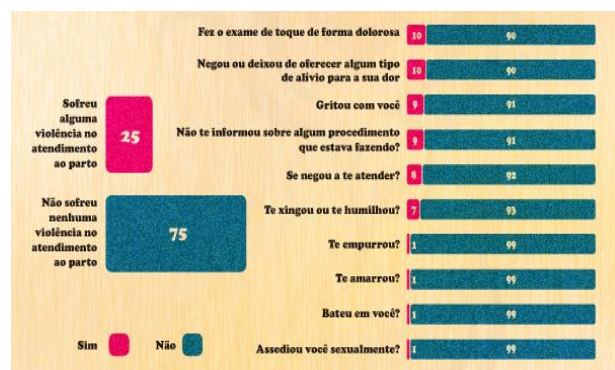
O Gráfico 1 revela que o número de cesarianas teve uma queda, apresentava curva ascendente, caiu 1,5 ponto percentual em 2015. Dos 3 milhões de partos feitos no Brasil, no período, 55,5% foram cesárias e 44,5% partos normais. Considerando partos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) o percentual de partos normais permanece maior, com 59,8% contra 40,2% de cesarianas, sendo que a estabilização do índice, ficou em torno de 35,5% [5].

Gráfico 1: Índice de cesarianas no país [5].



O Gráfico 2 apresenta, conforme a pesquisa realizada em hospitais públicos e privados em diversos municípios do país uma amostra claramente eficaz da superioridade dos serviços nas unidades privadas, com 62% de comentários bons [5].

Gráfico 2: Exposição de dados obtidos durante a pesquisa [5].



Discussão

Define-se como violência obstétrica uma forma de violência contra a mulher, atos realizados por profissionais de saúde em relação ao corpo e os processos reprodutivos das mulheres, ocorrendo ao longo do processo de parto. Esse tipo de violência ocorre por meio do excesso de intervenções em que os processos naturais sejam medicalizados e patologizados. Compreende ainda o uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, como práticas dolorosas, não baseadas em



evidências científicas. Alguns exemplos são a raspagem dos pelos pubianos, episiotomia de rotina, realização de enema, indução do trabalho de parto entre outros [6,7].

Apesar de ser considerado um tema recente ou um novo campo de estudo, o sofrimento das mulheres com a assistência ao parto é registrado em diferentes momentos históricos, ainda que sob denominações diversas, encontrando respostas em distintos contextos e frequentemente tendo um impacto importante na mudança das práticas de cuidado no ciclo gravídico-puerperal [8].

O processo de dar à luz era tido com naturalidade e a dor como castigo dos deuses. Os partos aconteciam nas residências das mulheres, onde se tinha o apoio da família e os partos eram realizados por parteiras. De acordo com o avanço da tecnologia, a figura do médico passou a ter autonomia total no processo parturitivo, agregando algumas condutas hospitalares, e aumentando também o tratar com essas mulheres [9].

Não se fala de violência sem falar de parto humanizado, pois ele pode ser normal, natural ou pode ser cesárea. Ser humanizado é respeitar a mulher, a pessoa como um ser com especificidades, é não aplicar métodos e padrões indiscriminadamente, individualizando a assistência para cada um, de acordo com sua necessidade. É também oferecer uma assistência personalizada, ouvir, atender, dentro do possível, as necessidades e os desejos dessa mulher respeitando o seu momento [10].

O MS lançou no início de 2017 as diretrizes de assistência ao parto normal, garantindo as gestantes um atendimento qualificado e humanizado. Toda mulher tem o direito de definir o seu plano de parto que trata informações como local onde será realizado, orientações e benefícios ao parto normal. A violência obstétrica pode ocorrer em caráter físico, psicológico, sexual, institucional e essas formas são descritas segundo o dossiê [8,11].

Violência obstétrica institucional é aquela cometida por instituições contra a mulher grávida e sua família em unidades de saúde, no momento do atendimento, pré-natal, ao parto ou ao aborto. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras, às vezes explícitas e às vezes veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência é fortemente condicionada por preconceitos de gênero (sexismo). Neste sentido, significa a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, por meio de uma atenção mecanizada [12].

Os abusos e desrespeitos no parto em instituições de saúde públicas acontecem de forma variadas. Alguns exemplos citados são: abusos verbais e humilhações profundas (muitas vezes com ligação ao machismo); violência física (como a manobra de *kristeller*, na qual consiste na aplicação de uma força "extra" na parte superior do útero em direção ao canal de parto, para que o trabalho de parto tenha uma duração mais curta); ausência de consentimento esclarecido antes de realizações de procedimentos, como também

procedimentos médicos coercivos ou não consentidos; falta de privacidade; negação de internações nas instituições de saúde; recusa em administrar analgesia; cuidados negligentes durante o parto que podem levar a complicações evitáveis; administração de ocitocina sintética e também a proibição de acompanhante durante o parto [13]. As formas mais comuns de violência obstétrica são:

Antes do parto: negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal; pré-natal com informações insuficientes ou questionáveis sobre o andamento da gestação; falsas indicações para cirurgia cesariana; falta de informações sobre a fisiologia do parto normal e riscos de cirurgias cesarianas; ausência de informações sobre como a mulher deve proceder durante o início do trabalho de parto (TP); impossibilidade de a mulher escolher previamente o local do parto [14].

Durante o parto: recusa de admissão em hospital ou maternidade; impedimento de entrada de acompanhante; procedimentos que incidem o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso). Exemplos: soro com ocitocina para acelerar o TP por conveniência médica, exames de toque sucessivos e por diferentes pessoas, privação de alimentos, episiotomia (corte na vagina), imobilização (braços e pernas) etc.; toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão e prestígio; cesariana sem indicações clínicas e sem consentimento da mulher; impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição; impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém-nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras, chupetas etc.) [14,15].

Em caso de aborto: ameaçar, culpar e/ou acusar a mulher em situação de abortamento; coagir com a finalidade de confissão e denunciar à polícia a mulher em situação de aborto; realizar procedimentos predominantemente invasivos sem explicação, consentimento e, frequentemente, sem anestesia; realizar procedimentos de esvaziamento uterino sem oferecer analgesia, técnicas de abortamento farmacológicos como misoprostol e ocitocina, curetagem uterina [14].

Os direitos ligados à saúde da gestante envolvem uma série de garantias, que vão desde a atenção obstétrica e o cuidado hospitalar básico à prerrogativa de realizar, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), o teste para detecção de sífilis e/ou HIV. Os direitos garantidos pela legislação brasileira voltados à saúde das mulheres grávidas incluem: ser atendida com respeito e dignidade pelas equipes de saúde, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social. Guardar o atendimento sentada, em lugar arejado, tendo



à sua disposição água para beber e banheiros limpos. A gestante tem o direito, assegurado pela Lei nº 11.634 de 2007, de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto [16].

Existe também o direito a vaga em hospitais para o parto, a mulher gestante deve ser atendida no primeiro serviço de saúde que procurar. Em caso de necessidade de transferência para outro local, o transporte deverá ser garantido de maneira segura. Acompanhamento especializado durante a gravidez, o que inclui exames, consultas e orientações gratuitas. No SUS, a mulher grávida tem direito a um acompanhante (homem ou mulher), de sua indicação, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A mulher internada para dar à luz em qualquer estabelecimento hospitalar integrante do SUS tem o direito de realizar o teste rápido para detecção de sífilis e/ou HIV. A gestante tem direito a receber do pai do bebê valores suficientes para cobrir as despesas adicionais do período de gravidez, e que sejam dela decorrentes, até o parto. E, por fim, a mãe que for portadora do vírus HIV ou HTLV não deve amamentar o bebê. Por conta disso, ela tem o direito de receber leite em pó, gratuitamente, pelo SUS, até o a criança completar seis meses ou mais [16].

A legislação do país possui uma série de mecanismos para assegurar que as gestantes ou mães não sejam prejudicadas no mercado de trabalho em razão de sua condição. A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) busca garantir que a mudança de rotina gerada pela gravidez e, posteriormente, pelo período pós-parto, não seja um empecilho para o desempenho normal da atividade laboral. Além disso, uma das prioridades das leis do País é certificar que a saúde das gestantes e dos bebês em formação não seja afetada pelo trabalho [17].

Algumas das principais medidas são: o projeto de lei que ampliou a licença-maternidade de 120 para 180 dias, aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado (Lei 11.770/08) pelo presidente da República, beneficiou primeiro o funcionalismo público federal. Não ser demitida durante o período em que estiver grávida e até cinco meses após o parto, a não ser por justa causa. Receber uma declaração de comparecimento todas as vezes em que for às consultas de pré-natal ou fizer algum exame. Apresentando esta declaração à sua chefia, as faltas ao trabalho serão justificadas. Até o bebê completar seis meses, há o direito de ser dispensada do trabalho todos os dias, por dois períodos de meia hora ou um período de uma hora, para amamentação. O empregador não pode exigir atestados de gravidez ou quaisquer outros que tenham objetivo discriminatório para fins de admissão ou manutenção do emprego de mulheres [16,17].

Além dos direitos ligados à saúde e ao trabalho, as gestantes também têm acesso a privilégios voltados à esfera social, como atendimento prioritário não apenas em espaços públicos, mas também em locais como bancos e supermercados, além de preferência no transporte público. Novamente, o objetivo dessas leis é

garantir, sobretudo, o menor número de danos possível à saúde da mãe e do filho em desenvolvimento [18].

Os principais direitos são: acesso a guichês e caixas especiais ou prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas e privadas. Assento prioritário para gestantes e mulheres com crianças de colo em ônibus e metrô. Se a família da mãe for beneficiária do Programa Bolsa Família, há direito ao benefício variável extra na gravidez e após o nascimento do bebê, mas para ter acesso ao auxílio é preciso comparecer ao Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) do município [16].

Além de buscar que o ambiente profissional afete o mínimo possível a vida da futura mãe, as leis do Brasil buscam trazer garantias similares ao ambiente estudantil e acadêmico. Por isso, as gestantes, tanto menores quanto maiores de idade, podem, por exemplo, cumprir compromissos escolares em suas casas e ter direito à licença-maternidade sem qualquer tipo de prejuízo [17].

As principais medidas incluem: a Lei nº 6.202/1975 garante à estudante grávida o direito à licença-maternidade sem prejuízo do período escolar. O Decreto-Lei nº 1.044/1969 determina que a estudante que estiver grávida poderá cumprir, a partir do oitavo mês de gestação, os compromissos escolares em casa. O início e o fim do período de afastamento serão determinados por atestado médico, que deve ser apresentado à direção da escola. Em qualquer caso, o direito à prestação dos exames finais é assegurado às estudantes grávidas. Se a mãe for adolescente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante o direito ao atendimento com sigilo, privacidade e autonomia, além do recebimento de informações sobre saúde sexual e reprodutiva. A mãe adolescente também pode ser atendida sozinha, se preferir [6].

Para o caso das mães que desejarem, precisarem ou decidirem entregar a criança em adoção, a Lei nº 12.010/2009 garante o direito de receber atendimento psicossocial gratuito [8].

Trata-se de uma estratégia do MS que tem como objetivo implementar uma rede de cuidados que garanta às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, além de assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Toda mulher tem direito a um pré-natal de qualidade e este é um direito que visa à saúde e ao bem-estar não apenas da mulher, como também da criança. Direito a um acompanhante de sua escolha durante todo o período de duração do trabalho de parto e pós-parto, além de ser tratada com dignidade e ter garantida sua integridade física e psicológica. O abortamento seguro, nas razões legalmente admitidas no Brasil, e o tratamento do abortamento, constituem direito da mulher que deve ser respeitado e garantido pelos serviços de saúde [2].

Há formas de evitar as violências. O MS instituiu a Rede Cegonha, inicialmente pela Portaria GM/MS n.1.459 de 24 de junho de 2011 e mais recentemente pelas Portarias de Consolidação, cujo objetivo é a mudança do



modelo de atendimento obstétrico buscando abolir as práticas de violência obstétrica. Em 2016, houve a publicação Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal com o objetivo de "sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, com o intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal. Caso a mulher sofra algumas dessas violências, ela pode denunciar no próprio estabelecimento ou secretaria municipal, estadual ou distrital; no Conselho Regional de Medicina (CRM), no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) quando se tem técnico ou enfermeiro envolvidos e pelo 180 ou Disque Saúde 136 pelo Sistema Único de Saúde - SUS [5,16].

É necessário exigir a cópia de seu prontuário junto à instituição na qual a mulher foi atendida e é possível denunciar pelo Programa de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON) ou denunciar ao Ministério Público (rede privada ou pública). É primordial um cuidado individualizado, motivador, acolhedor e qualificado a cada mulher na assistência prestada. Respeitando esse momento tão especial na vida da mulher [4,11].

A atuação profissional deve sempre observar meios, bem como condições de cautela e cuidado, na assistência ao paciente. Não é possível garantir que haja resultado satisfatório, mas é fundamental garantir que a assistência seja ética [13].

O MS orientou a abolição do termo violência obstétrica sugerindo ser inadequado e que este deixará de ser usado. Até o momento essa nomenclatura está em debate e não obtiveram nenhuma nova nomenclatura ao termo, além de alegar que o profissional não tem intenção de causar danos ou prejuízo aos pacientes [4].

Conclusão

Por meio desta revisão bibliográfica, percebeu-se que a violência obstétrica é prevalente nas unidades de saúde durante o pré-parto, trabalho de parto e parto, depreciando a mulher e sua relevância como personagem principal no ciclo gravídico-puerperal. Contudo, nos permite visualizar a importância de anular definitivamente as práticas prejudiciais à saúde da mulher e do seu bebê. Recomenda-se a implantação de boas práticas para poder contribuir no trajeto a ser percorrido pelo bebê, com a presença de uma assistência de qualidade e humanizada.

Referências

- [1] Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde; 2014.
- [2] Andrezza HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy DY. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*. 2015; 25(3): 377-86.
- [3] Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia prático contra a violência obstétrica. Genebra; Suíça. 2014.
- [4] Ministério da Saúde (BR). Governo veta uso do termo 'violência obstétrica'. [internet]. 2019. 7 Mai 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/05/ministerio-da-saude-veta-uso-do-termo-violencia-obstetrica.shtml>
- [5] Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Tiné L. Você sabe o que violência obstétrica? [internet]. 2018. 16 Abr 2018. Disponível em: <http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica/>.
- [6] Andrade BP, Aggio CM. Violência Obstétrica: a dor que cala. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas; 2014. Universidade Estadual de Londrina, 27-29 Mai 2014; Londrina, Paraná. p. 1-7.
- [7] Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de baixo risco. *Caderno de Saúde Pública*. 2014; 30(Sup):S17-S47.
- [8] Ministério da Saúde (BR). Violência Obstétrica. CallContact Center. Brasília; Brasil. 2018.
- [9] Bezerra CJG, Frizzo EM, Couto GPSB, Almeida MJC, Cosate TM. Uma dor além do parto. *Violência Obstétrica em Foco. Revista de Direitos Humanos e Efetividade*. Brasília, 2016; 2(1):128-47.
- [10] Senado Federal (BR). Violência Obstétrica. "Parirás com dor". Brasília; Brasil. 2012.
- [11] Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Número de Cesarianas cai pela primeira vez no Brasil. [internet]. 2017. Disponível em: agenciabrasil.ebc.com.br.
- [12] Nascimento LC, Santos KFO. Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços Públicos. *Revista de Enfermagem da UFPE*. Recife, 2017; 11(Supl.5):2014-23.
- [13] Oliveira TR, Costa REOL, Monte NL, Veras JMMF, Sá MIM. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. *Revista de Enfermagem da UFPE*. Recife, 2013; 11(1):40-6.
- [14] Sauaia ASS, Serra MCM. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. [dissertação]. Pós-Graduação. São Luis: Universidade Federal do Maranhão (UFMA); 2016.
- [15] Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2017.
- [16] Ministério da Saúde (BR). Portaria número 1.459 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS- a Rede Cegonha. 2011. 24 Jun 2011. disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.



ReBIS Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde

- [17] Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 371. [internet]. 2014. 7 Mai 2014. Disponível em: bvsms.saude.gov.br.
- [18] Barbosa LC, Fabbro MRC, Machado GPR. Violência Obstétrica: revisão integrativa da pesquisa qualitativa. 2017; 35(2):190-207.