

FILHOS DA DOR: UMA ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Artur Medeiros de Godoy¹
Caio Alexandre Mendes Moreira¹
João Pedro Brandão Wantuil¹
João Victor Lopes Martins¹
Victoria Leal Steckelberg¹
Vinícius Vieira dos Reis¹
Danielle Brandão Nascimento²

Resumo

Violência obstétrica é um conglomerado de disputas, negociações, propostas de poder, simbólicas e reais, atravessadas por múltiplos fatores como classe, idade, gênero; e portas abertas para serem questionadas diferentes arestas, como tantos outros significantes sociais. (CASTRILLO, 2016). Abordar os fatores determinantes da violência obstétrica frente às inúmeras vulnerabilidades das mulheres, sendo estas inerentes à gestação ou anteriores a ela. Revisão de literatura de 20 artigos pesquisados nas plataformas LILACS, PubMed e SciElo, nos idiomas inglês, português e espanhol, excluindo dissertações, artigos acadêmicos e revisões sistemáticas e com o intuito de responder a questão norteadora “Quais são fatores determinantes do processo saúde-doença em relação à violência obstétrica?”. Discorreu-se sobre os fatores determinantes da violência obstétrica no Brasil, na Índia, nos Estados Unidos e na Argentina, na Venezuela e na Espanha, sendo o Brasil o país com maior ênfase. Os fatores estudados e discutidos foram faixa etária, etnia, condição socioeconômica das mulheres, e tipo de parto. A principal discussão é como essas variáveis interferem na ocorrência da violência obstétrica. A prevenção da violência obstétrica alcançará efetividade quando se conhecer os fatores que determinam esse tipo de discriminação e quando se combater as vulnerabilidades que alicerçam as violações às quais essas vítimas estão submetidas. Faz-se urgente desconstruir os fatores de vulnerabilidades das filhas da dor, a fim de que essas mulheres possam ser autônomas e livres nos diversos processos obstétricos que terão de passar.

Palavras-Chave: Violência Obstétrica. Dor. Parto.

CHILDREN OF PAIN: AN OBSTETRIC VIOLENCE APPROACH

Abstract

Obstetric violence is a conglomeration of disputes, negotiations, power proposals, symbolic and real, crossed by multiple factors like class, age, gender; and open doors to be questioned different edges, like so many other social signifiers. (CASTRILLO, 2016). To address the determinants of obstetric violence in the face of the innumerable vulnerabilities of women, whether they are inherent to pregnancy or before it. Literature review of 20 articles researched on the LILACS, PubMed and SciElo platforms in the English, Portuguese and Spanish languages, excluding dissertations, academic articles and systematic reviews and with the aim of answering the guiding question "Which are determinants of the health-disease process in relation to obstetric violence? " The determinants of obstetric violence in Brazil, India, the United States and Argentina, Venezuela and Spain were discussed, with Brazil being the country with the greatest emphasis. The factors studied and discussed were age, ethnicity, socioeconomic status of women, and type of delivery. The main discussion is how these variables interfere with the occurrence of obstetric violence. The prevention of obstetric violence will be effective when the factors that determine this type of discrimination are known and when the vulnerabilities underlying the violations to which these victims are subjected are addressed. It is urgently necessary to deconstruct the vulnerability factors of the pain-daughters so that these women can be autonomous and free in the various obstetric processes that will have to pass.

¹- Discente do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Brasil

²- Docente do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Brasil. Email: daninha.brandao@hotmail.com

Keywords: Obstetric Violence. Pain. Childbirth.

1. Introdução

A violência obstétrica parece ser apenas um novo termo para o antigo problema de desrespeito e abuso nos cuidados obstétricos e ginecológicos (BORGES, 2015). Dizer que é um problema antigo, é dizer que a violência é uma condição inerente ao ser humano.

No que tange à violência obstétrica, trata-se especificamente da violência exercida pelo profissional da área da saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos de mulheres grávidas. Essa crueldade pode ser expressa por meio de tratamentos desumanos, abuso de medicalização e conversão de processos naturais de reprodução em patológicos (VACAFLOR, 2016). Conversão em processos patológicos nada mais é do que prejudicar a paciente e deixar sequelas reversíveis ou não durante o processo reprodutivo.

Para a OMS, o constrangimento é todo e qualquer tratamento desrespeitoso, abusivo e negligente, podendo envolver abuso físico, humilhação ou abuso verbal, práticas coercivas ou não consentidas em mulheres, falha em manter a confidencialidade ou obter consentimento informado, bem como recusa de administrar medicação para dor ou admissão em uma unidade de saúde, entre outros (VACAFLOR, 2016).

Recentemente, utilizou-se no Brasil, definições como essa para a elaboração do projeto de lei nº 7867 de 2017 que, dentre outras propostas, propunha criminalizar atos de violência obstétrica. O artigo 3º da proposta trata de forma específica das situações relacionadas ao profissional de saúde: “Considera-se violência obstétrica todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas.”.

De forma mais restrita, o artigo 4º trata situações particulares que devem ser consideradas crime, sejam elas de cunho verbal, físico, moral ou sexual. O artigo cita especificamente quais comportamentos são considerados ofensivos. São eles: não ser empático, ser grosseiro, agressivo, zombeteiro ou qualquer outra atitude que possa constranger a paciente. Ironizar ou recriminar por quaisquer atitudes naturais como chorar, ter medo ou dúvidas, não responder a essas dúvidas e inferiorizar a paciente são crimes de cunho verbal. Quando se trata do atendimento médico hospitalar, torna-se crime induzir a paciente a fazer parto cirúrgico sem indicação ou necessidade, transferir a gestante sem certeza de vaga, tempo ou atendimento satisfatório, impedir acompanhamento em qualquer momento da gestação, impedir comunicação, submeter a processos dolorosos sem necessidade, deixar de aplicar anestesia e fazer procedimentos de rotina no recém-nascido antes deste ter contato com a mãe e ser amamentado.

Concomitantemente, essa legislação demonstra importante avanço para o quadro da violência no Brasil, uma vez que esta é mais frequente do que se espera ou que se gostaria. Estudos selecionados para essa revisão mostraram que a porcentagem de mulheres que sofrem agressões durante o processo reprodutivo no Brasil quase sempre se aproxima dos 25% das mulheres estudadas (CARVALHO, 2017) e varia muito de acordo com a região estudada, chegando a alarmantes 87% em uma maternidade de alta complexidade do Recife (ANDRADE, 2016).

Dessa forma, quando se fala de violência obstétrica, o senso comum é que esta se restringe ao momento do parto. Entretanto, deve-se incluir situações do pré-parto, como o pré-natal na atenção básica, que deve ir desde o momento que a paciente desconfia da gestação até o momento do parto, em que acontecem a maior parte das agressões físicas e verbais. Deve-se incluir também, o pós-parto, compreendido como puerpério e atenção ao recém-nascido, uma nova figura nesse cenário, que também pode ser vítima de violência, principalmente negligência, por parte da equipe de saúde.

A clínica da violência obstétrica também carrega o senso comum de que se restringe a procedimentos como episiotomia (corte do períneo da paciente para facilitar a passagem do feto) e manobra de Kriseller (o profissional se posiciona sobre o abdome e o tórax da paciente para empurrar o feto), que não são mais recomendados pela OMS (BISCEGLI, 2015). De fato, são situações ainda comuns, mas não são únicas na ocorrência clínica das agressões. De igual modo, atitudes do médico antes do momento do parto, podem ser incluídas na clínica da violência obstétrica, bem como a legislação trata, como não tirar dúvidas, não orientar e induzir a mulher a procedimentos desnecessários e contra a vontade dela.

Diante do exposto e comentado o presente estudo teve por objetivo abordar os fatores determinantes da violência obstétrica frente às inúmeras vulnerabilidades das mulheres, sendo estas inerentes à gestação ou anteriores a ela.

2. Metodologia

O estudo presente trata-se de uma revisão integrativa de literatura, desenvolvido com a finalidade de reunir e sintetizar achados de estudos realizados, mediante diferentes metodologias, com o intuito de contribuir para o aprofundamento do conhecimento relativo ao tema investigado (SOARES, 2014). A partir desse conceito, realizou-se a análise de artigos por meio das plataformas eletrônicas de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS, buscando estudos nos idiomas Inglês, Português e Espanhol. Os descritores Ciências da Saúde (DeCS): “violência obstétrica”, “racismo”, “prevenção”, “assistência ao parto” nortearam a seleção de 20 trabalhos científicos. Nessa amostra,

as pesquisas foram publicadas no período de 2015 a 2018, nos países Brasil, Argentina, Venezuela, Índia, Espanha e Estados Unidos.

Como critérios de inclusão, o estudo presente utilizou, de modo a sofisticar a pesquisa, estudos científicos disponíveis na íntegra cujo o assunto abordava a violência obstétrica enquanto violação de direitos e discriminação, artigos que conceituavam esse tipo de violência de acordo com diversas perspectivas, trabalhos que discorriam sobre as legislações que protegem as vítimas de violência em diferentes países, análises epidemiológicas publicados em periódicos nacionais e internacionais e abordagens que classificaram maneiras de combater e de prevenir a violência obstétrica. Além disso, os critérios de exclusão foram: revisões sistemáticas, dissertações, artigos acadêmicos e estudos epidemiológicos que não versavam especificamente sobre violência obstétrica.

A área de conhecimento abordada foi a Saúde da mulher, da criança e do adolescente. As fontes de dados dos estudos foram entrevistas, questionários, registros hospitalares, e o estudo estatístico Nascido Brasil, sendo que na maioria das publicações a mulher (paciente) foi o sujeito de pesquisa, vítima e relatora da violência durante o parto.

O entendimento do processo saúde-doença avança para uma direção cuja visão posiciona-se contra a fatalidade do “natural”, dando ênfase ao estudo da estrutura socioeconômica a fim de explicar o processo saúde-doença de maneira histórica (BARROS, 2013). Dessa forma, é possível perceber que a violência obstétrica é historicamente alicerçada em questões ideológicas patriarcais, além de ter como fatores de vulnerabilidade a idade, a etnia, as condições econômicas e os tipos de partos das vítimas.

O presente estudo utilizou como questão norteadora: “Quais são as vulnerabilidades que determinam a violência obstétrica?”.

3. Resultados e discussão

A partir da revisão dos vinte artigos selecionados, tornou-se possível citar e discorrer sobre os fatores determinantes da violência obstétrica no Brasil, na Índia, nos Estados Unidos e na Argentina, na Venezuela e na Espanha. O Brasil foi o país que recebeu maior ênfase, já que há alguns anos tem a violência obstétrica no centro das discussões legais e médicas devido a nova legislação aprovada em janeiro de 2018.

Dentre os fatores estudados e discutidos abaixo estão a faixa etária, a etnia e a condição socioeconômica das mulheres, além do tipo de parto escolhido ou imposto. A principal discussão é como essas variáveis interferem direta e indiretamente na ocorrência da violência obstétrica.

Discutiu-se, finalmente, quais foram os fatores limitantes do estudo e como novos estudos podem ser conduzidos para continuar a pesquisa sobre violência obstétrica.

3.1. Faixa etária das mulheres

Os estudos quantitativos e qualitativos, em sua maioria, tiveram como objeto de estudo mulheres entre 18 e 36 anos, que foram vítimas de algum tipo de violência no processo reprodutivo. Apenas o artigo de DE SOUZA, 2018 relaciona diretamente a faixa etária das puérperas com o tratamento que elas receberam durante a gestação.

De acordo com este estudo, o quadro de depressão pós-parto está intimamente relacionado a violência obstétrica. Dessa forma, as pacientes mais jovens, expostas a violência física na área da obstetrícia têm 17 vezes mais chance de apresentar depressão. Sendo assim, a prevalência de depressão pós-parto em menores de 20 anos é de 43,3% enquanto nas maiores de 20 anos é 15,4%. Atribui-se essa diferença à frequência de violência física ser significativamente menor em mulheres mais velhas.

O artigo de LUZ, 2015 aborda especificamente a gestação na adolescência e as violências tangentes a esse quadro. A ênfase da discussão do estudo foi para uma relação médico-paciente pouco humanizada, desatenção dos profissionais e orientação precária para as gestantes de 16 a 18 anos, com forte indicação de que a única razão para esse comportamento dos médicos era a idade das pacientes.

Em contrapartida, o estudo de CARVALHO, 2017 mostra que as vítimas mais frequentes de violência têm idade entre 18 e 36 anos. Pode-se atribuir essa frequência ao fato de que essa é a idade que a gestação é mais comum e segura. Nesse sentido, a violência mais comum nessa faixa etária não é física, mas gira em torno de práticas desnecessárias, habituais e rotineiras de medicalização em parturientes saudáveis em trabalho de parto sem intercorrências (MENDIRI, 2017).

3.2. Etnia

Há uma forte correlação no Brasil entre raça, racismo, discriminação racial e renda, cabendo aos grupos racialmente discriminados ocupar os patamares inferiores, estando sujeitos a ofertas precárias de saúde pública ou privada. Em números, sabe-se que 25,3% do total de gestantes recebem atenção pré-natal inadequada ou parcialmente adequada, sendo a proporção é maior para mulheres pardas e afrodescendentes, com índices de 31,1 e 37,5% respectivamente (DINIZ, 2016).

Além do pré-natal inadequado para esta parcela da sociedade, outra situação muito comum é a utilização de mulheres inferiorizadas para fim de ensinar estudantes da área de saúde. Mulheres que podem pagar, estão acompanhadas e fizeram todo o pré-natal com o mesmo profissional, raramente são submetidas a procedimentos de hospital-escola. Assim, mulheres pobres, afrodescendentes, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, que vivem em situação de rua ou estão encarceradas, estão consideravelmente mais sujeitas a negligência, omissão de socorro e exposição a procedimentos desnecessários (OLIVEIRA, 2017).

Por outro lado, dados do estudo de LEAL, 2014 mostram que as boas práticas durante o parto foram um pouco menos frequentes para mulheres afrodescendentes do que em brancas, no entanto não sugerem disparidade ao se considerar as práticas violentas, visto que nos resultados não se observa um padrão.

3.3. Condições socioeconômicas

Como não é de se surpreender, a condição socioeconômica está intrinsecamente atrelada com a disparidade de ocorrências de casos de violência obstétrica, principalmente quando se trata de países em desenvolvimento. Sob esse mesmo prisma, ao analisar os estudos de BHATTACHARYA, 2018, 86,8% das puérperas entrevistadas apresentava trabalho não remunerado em Varanasi, do norte da Índia, podendo, portanto, inferir que a desigualdade socioeconômica é um fator determinante indiscutível ao se tratar de violência obstétrica.

Ademais, ao compararmos com o Brasil, é perceptível que os resultados não se diferem tanto. Segundo o estudo de CARVALHO, 2017, das 35 vítimas entrevistadas, todas tinham renda que variava de um a oito salários mínimos, sendo que o salário mínimo da época era de R\$724,00.

O estudo de DOMINGUES, 2014 também destaca que, no Brasil, a condição econômica das pacientes é um fator pré-disponente à anulação da cidadania das parturientes no que diz respeito à falta de acesso aos serviços de saúde, uma vez que, desde o pré-natal, a assistência é precária.

Nessa ótica, pode-se inferir que assim como inúmeras outras maleficências sociais, a violência obstétrica também é alvo da desigualdade social e econômica, visto que, como em países subdesenvolvidos o sistema de saúde em alguns quesitos deixa a desejar, a probabilidade de ocorrer casos de violência obstétrica é maior.

3.4 Tipo de parto

A cultura da cirurgia cesariana tem atingido números extraordinários em todo o mundo, sendo que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, o índice máximo de cesariana seria de 15% dos partos realizados (BISCEGLI, 2015).

A recente pesquisa 'Nascer no Brasil', que teve uma amostra significativa dos partos hospitalares de todo o país (266 maternidades públicas e privadas com 500 ou mais partos anuais em 191 municípios), entrevistou mais de 23 mil mulheres para realizar uma análise estatística dos partos no Brasil. O estudo de DOMINGUES, 2015 fez uso desses dados para analisar a prevalência de partos cirúrgicos no país.

Este estudo concluiu que a proporção de cesariana apresenta distribuição desigual no país, e é maior nas mulheres com maior idade, escolaridade, que são primíparas, tiveram assistência pré-natal em serviços privados e são residentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste, sendo determinada, em muitos casos, por fatores não clínicos, ou seja, é eletiva.

Em casos como esse, a violência é de caráter antiético, no que diz respeito a instrução errônea da paciente, ou indução à realização de algo que ela inicialmente não gostaria, como o parto cirúrgico.

No caso do parto natural, as violências prevalentes são a física e o uso desnecessário de procedimentos em parturientes saudáveis. O estudo de TESSER, 2015 mostrou que entre as mulheres que pariram (48% da amostra), 92% estavam em posição de litotomia (deitadas), 56% foram submetidas a episiotomia, 37% receberam a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero durante o período expulsivo). Somente 26% puderam se alimentar, 46% puderam se movimentar durante o trabalho de parto e 18,7% contaram com acompanhante. Dados como esse são alarmantes e mostram o quanto a violência obstétrica é comum.

Vale ressaltar ainda com base nesse estudo, que há diferenças econômicas na escolha do tipo de parto, isto é, mulheres de classe média/alta tem preferência por cesarianas (dois em cada três partos realizados nos serviços privado), enquanto os partos realizados pelo SUS o número é bem menor (um em cada cinco casos),

3.5 Limitações do estudo

Dentre as principais limitações do estudo encontra-se o alto viés de notificação de casos de violência obstétrica, principalmente no Brasil, uma vez que a legislação que definiu claramente o que é considerado violência foi aprovada pelo congresso brasileiro em janeiro de 2018. Outra limitação foi o número restrito de artigos que pautassem o assunto de forma específica em relação aos fatores

determinantes. Muitos dos artigos tratavam de violência obstétrica apenas como consequência do processo de parturição e estes tiveram de ser excluídos do estudo.

4. Conclusão

No Brasil, como em outros países da América Latina, o termo “violência obstétrica” é utilizado para descrever as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento. (DINIS, 2015). Para que essa problemática tenha resolutividade, o estudo de LEAL, 2018 ratifica a necessidade de políticas públicas eficazes no combate a esse tipo de violência, além de sinalizar a importância da capacitação profissional, vislumbrando um melhor atendimento à gestante durante o pré-natal. Destaca, também, o papel das enfermeiras obstétricas na redução desses casos nas maternidades públicas e privadas, promovendo, assim, assistência pautada em princípios como a equidade e a integralidade.

A melhor contribuição que pode ser feita para resolver efetivamente o problema de a violência contra as mulheres, incluindo a violência obstétrica, é promover a prevenção. (PEREIRA, 2014). Outro caminho possível para melhorias na assistência às mulheres durante o ciclo de gestação, parto e pós-parto é a prevenção quaternária, por meio da reconsideração de intervenções questionáveis e/ou desnecessárias. (AGUIAR, 2016).

A título de exemplo, pode-se citar como mecanismos de prevenção a reformulação das DCNs para agregação de estudos que sensibilizem médicos obstétricas sobre às vulnerabilidades das mulheres, a criação de comitês em hospitais que avalie casos de maus-tratos a fim de revisá-los, discuti-los e tomar as decisões coerentes às ocorrências de violações e insistir com o médico sobre a importância do termo de consentimento informado diante de todas as intervenções obstétricas.

Além disso, entende-se que as mudanças relacionadas à violência obstétrica ocorrerão quando se conseguir mudar a lógica de entendimento do parto, quando o parto parar de ser visto somente como um evento médico e hospitalar, e puder ser entendido como um evento humano, porque, só a partir desse reconhecimento, haverá a possibilidade de se fazer ouvir a voz das mulheres, resgatando a autonomia e a capacidade de deliberar sobre questões relacionadas ao seu processo de parto e nascimento. (OLIVEIRA, 2017).

Finalmente, a prevenção da violência obstétrica alcançará efetividade quando se conhecer os fatores que determinam esse tipo de discriminação e quando se combater as vulnerabilidades que alicerçam as violações às quais essas vítimas estão submetidas. A idade apenas deixará de ser um fator determinante da violência obstétrica quando mulheres jovens de 18 a 20 anos puderem ter

seus direitos de saúde efetivamente garantidos. A etnia somente não determinará a violência obstétrica quando o racismo não mais violentar as mulheres negras gestantes. Por fim, o tipo de parto só não será um fator determinante quando as cesarianas deixarem de colocar ainda mais as mulheres em situações de vulnerabilidades. Faz-se urgente desconstruir os fatores de vulnerabilidades das filhas da dor, a fim de que essas mulheres possam ser autônomas e livres nos diversos processos obstétricos que terão de passar.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C., TANAKA, A. Memórias coletivas de mulheres que vivenciaram o near miss materno: necessidades de saúde e direitos humanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 1-13, 2016.

ANDRADE, P. et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 16, p. 29-37, 2016.

BARROS, J. Determinação social do processo saúde doença: conceito para uma nova prática. **Revista da Coordenação de Educação em Saúde – DENEM**, n.1, p. 1-33, 2013.

BHATTACHARYA, S.; RAVINDRAN, T. K. S. Silent voices: institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district, northern India. **BMC Pregnancy and Childbirth**. India, 2018.

BISCEGLI, T. et al. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. **Revista cuidar e enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 18-25, 2015.

BORGES, Maria T.R. A violent birth: reframing coerced procedures during childbirth as obstetric violence. **Journal of integrated studies**. Minas Gerais, V. 8, n. 1, 2015.

CARVALHO, I.; BRITO, R. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Revista eletrônica trimestral de Enfermaria**, Múrcia, n. 47, p. 80-88, 2017.

CASTRILLO, B. Dime quién lo define y te diré si es violento: Reflexiones sobre la violencia obstétrica. **Revista Latinoamericana**. La Plata, Argentina, n. 24, p. 43-68, dezembro, 2016.

DE SOUZA, K. J. et al. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. **Revista de Saúde Pública**. Brasília, p. 51-69, 2017.

DINIZ, C. et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, p. 561-572, 2016.

DINIZ, S., et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Original research**. São Paulo, 2014.

DOMINGUES, R. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, p. 101-116, 2014.

LEAL, M. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, p. 1 -31, 2014.

LEAL, S. Y. P. et al. Percepção das enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. **Cogitare enfermagem**. Salvador, Bahia, 2017.

LUZ, N. et al. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. **ABCS Health Sci.**, v.40, n. 2, p. 80-84, 2015.

MENDIRI, M. A. A. et al. La violencia obstétrica: um fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementares de la mujer. **Medicina Legal de Costa Rica**. v. 34, n.1 p.1409, 2017

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Textos e contextos-enfermagem**. Minas Gerais, 2017.

PEREIRA, C. J.; DOMÍNGUEZ, A. L.; MERLO, J. T. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. **Rev. Obstet Ginecol Venez.**, Caracas, v. 75, n. 2, p 81-90, 2015.

RAMOS, P. A. R. La violencia obstétrica, outra forma de violência contra la mujer. El caso de Tenerife. **MUSAS: revista de investigación en mujer, salud y sociedad**. Espanha, vol. 2, n. 2, p. 56-74, 2017.

RODRIGUES, D. et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery**, v.19, p. 614-620, 2015.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n.2, p.335-45, 2014.

TESSER, C. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

VACAFLOR, C. H. Violência obstétrica: um novo marco para identificar os desafios da atenção à saúde materna na Argentina. **Reproductive Health Matters**. Buenos Aires, p. 65-73, 2016.

¹ Última Titulação (curso, Instituição, País). Filiação (Instituição, País). E-mail

(Notas de Rodapé: Fonte: Arial; tamanho:8; espaçamento simples; antes Opt; depois Opt; texto alinhado à esquerda.

