



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ARIANE TEIXEIRA DE SANTANA

ESSA DOR TEM COR:
UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL NO FENÔMENO DA VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA

SALVADOR/BA

2022

ARIANE TEIXEIRA DE SANTANA

**ESSA DOR TEM COR:
UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL NO FENÔMENO DA VIOLENCIA
OBSTÉTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, na linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Telmara Menezes Couto

Coorientadora: Dra. Emanuelle Freitas Góes

SALVADOR/BA

2022

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

SANTANA, ARIANE TEIXEIRA
ESSA DOR TEM COR: UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL NO
FENÔMENO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA / ARIANE TEIXEIRA
SANTANA. -- SALVADOR, 2022.
89 f.

Orientador: Telmara Menezes Couto.
Coorientador: Emanuelle Freitas Góes.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem) -- Universidade Federal da Bahia, Escola
de Enfermagem, 2022.

1. . I. Couto, Telmara Menezes. II. Góes, Emanuelle
Freitas . III. Título.

ARIANE TEIXEIRA DE SANTANA

ESSA DOR TEM COR: UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL NO FENÔMENO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Enfermagem e Saúde; área de concentração “Gênero; Cuidado e Administração em Saúde”; linha de pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”.

Aprovado em 28 de junho de 2022

BANCA EXAMINADORA

Telmara Menezes Couto 

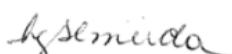
Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Amalia Nascimento do Sacramento Santos



Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Recôncavo.

Lilian Conceição Guimarães de Almeida



Doutora em Saúde Coletiva, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Maria da Conceição Costa Rivemais



Doutora em Saúde Coletiva, Professora da Universidade Federal da Recôncavo.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres que se dispuseram generosamente em partilhar suas histórias de parto, atravessadas pela violência e o racismo obstétrico.

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus, ao universo, as Deusas, aos orixás, aos seres de luz e encantados que me ampararam, restauraram minha saúde e me fortaleceram diariamente.

À minha família (mãe, irmãs, Pri, tia, meus sobrinhos e minha vó) por acreditarem no meu potencial, amo vocês! Em especial agradeço ao meu amado companheiro de jornada Franco, pela ajuda e incentivo ao longo do curso.

Às minhas amigas, que além do incentivo, compreenderam a minha ausência em muitos momentos, em especial à Dai, Gil, Catinha e Day amo vocês.

À orientadora querida Profª Drª Telmara, que topou a temática desafiadora que eu propus estudar. Muito obrigada, pela acolhida, amizade, pela paciência e dedicação, disponibilidade em me atender e por me tranquilizar quando o desespero e o nervosismo pairavam sobre mim.

Às minhas amigas queridas de Pós-graduação, da quatro luas e de vida, Paty, Virna, gratidão por todos os momentos partilhados e pela disponibilidade em me ajudar.

Ao meu grupo de pesquisa GESTAR, que além ponte para encontros preciosos, serviu como palco de debate de importantes temáticas, registro aqui minha gratidão às companheiras e em especial a Keury.

À Vitória, minha querida voluntária na pesquisa, gratidão pela sensibilidade e dedicação.

À minha coorientadora Dra. Emanuelle Freitas Góes, por compartilhar de seu conhecimento e pela acolhida.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA e a todas as docentes da pós-graduação que contribuíram para o meu desenvolvimento intelectual, social e político.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que estiveram comigo nesse período, torcendo por mim e me incentivando. Gratidão!

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

CERTIDÃO DE ÓBITO

Os ossos de nossos antepassados
colhem as nossas perenes lágrimas
pelos mortos de hoje.

Os olhos de nossas antepassadas,
negras estrelas tingidas de sangue,
elevam-se das profundezas do tempo
cuidando de nossa dolorida memória.

A terra está coberta de valas
e a qualquer descuido da vida
a morte é certa.
A bala não erra o alvo, no escuro
um corpo negro bambeia e dança.
A certidão de óbito, os antigos sabem,
veio lavrada desde os negreiros.

(EVARISTO, C. 2017, P. 17)

RESUMO

SANTANA, Ariane Teixeira De. **Essa dor tem cor: Uma análise interseccional no fenômeno da violência obstétrica.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

Introdução: A violência obstétrica atinge mulheres e pessoas com útero de formas irrestrita, sendo as mulheres negras as mais afetadas por esse fenômeno em todo mundo. Diante deste exposto, a temática se revela pertinente no contexto da reflexão sobre as práticas de saúde no cenário obstétrico do Brasil, e como ela se pauta. Uma vez que buscamos pretende aprofundar o conhecimento sobre a ocorrência do fenômeno da violência obstétrica, segundo a percepção de quem vive. Buscando contribuir desta forma, para a construção de práticas assistenciais mais respeitosas, qualificadas, e que proporcione satisfação para as mulheres e pessoas com útero.

Objetivos: Este estudo teve buscado: conhecer as percepções de mulheres sobre o fenômeno da violência obstétrica na assistência ao parto e a interface com raça e gênero. **Método:** Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no Município de Salvador do Estado da Bahia. O cenário de ocorrência foi uma Maternidade Pública da administração direta do Estado, que fornece serviços obstétricos de baixo risco. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022. Participaram deste estudo 25 mulheres. Como instrumento de coleta de dados foram utilizados um roteiro de entrevista semiestruturada e estruturada, onde as entrevistas continham perguntas abertas e fechadas. As falas das participantes foram gravadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e transcritas. Para estruturar a análise das falas foi utilizado a Análise do Conteúdo proposta por Bardin. O conceito dos marcadores sociais e epistemologia da interseccionalidade foram utilizados para nortear a análise das informações. As participantes desta pesquisa tinham idade entre 16 e 24 anos, todas as participantes declararam-se da raça/cor negra, a maioria exerce atividades não remuneradas e possuía nível médio completo.

Resultados: Emergiram unidades temáticas, as quais foram agrupadas em quatro categorias, onde foi possível compreender o fenômeno da violência obstétrica a partir da percepção apresentada pelas entrevistadas. As mulheres atribuíram a violência obstétrica a uma série de condições consideradas degradantes, humilhantes, desrespeitosas e abusivas. As mulheres apontaram o sentimento conflituoso na percepção de serem violentadas por outras mulheres. As mulheres associaram que o gênero e a classe social têm influências diretas na ocorrência da violência obstétrica. Há ainda a percepção da violência obstétrica no contexto das condições precárias presentes nos sistemas de saúde. **Conclusão:** Reafirme a necessidade de maiores esforços dos Estados, gestores, profissionais e sociedade para avançar no combate à violência obstétrica. Para que todas as mulheres e pessoas com útero possam receber cuidados de alta qualidade, respeitosos, baseados em evidências, integral e equânime, que fortaleça políticas de combate ao racismo e garanta autonomia nas decisões sobre o processo reprodutivo. A fim de proporcionar experiências individuais e prazerosas em toda sua trajetória obstétrica a partir da lente da justiça reprodutiva.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Racismo em saúde; Violência de gênero; Assistência ao parto; Direitos reprodutivos

ABSTRACT

SANTANA, Ariane Teixeira De. **This pain has color: An intersectional analysis of the phenomenon of obstetric violence.** Dissertation (Master in Nursing and health) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2022.

Introduction: Obstetric violence affects many women and people with uterus, in unrestricted ways. Although it has already been proven that black women are the ones who experience this phenomenon the most around the world. Given the above, the theme is relevant in the context of reflection on health practices in the obstetric scenario in Brazil, and how it is guided. Since it intends to deepen the knowledge about the occurrence of the phenomenon of obstetric violence, according to the perception of those who live. Seeking to contribute in this way, to the construction of more respectful, qualified care practices, and that provide satisfaction for women and people with uterus. **Objectives:** This study sought to: understand women's perceptions of the phenomenon of obstetric violence in childbirth care and the interface with race and gender. **Method:** This is an exploratory, descriptive research with a qualitative approach. The study was carried out in the Municipality of Salvador in the State of Bahia. The scenario of occurrence was a Public Maternity of the direct administration of the State, which provides obstetric services of low risk. Data collection took place from November 2021 to February 2022. Twenty-five women participated in this study. As a data collection instrument, a semi-structured and structured interview script was used, where the interview combined open and closed questions. The participants' speeches were recorded, after signing the Informed Consent Term, and transcribed. To structure the analysis of the speeches, the Content Analysis proposed by Bardin was used. The concept of social markers and the epistemology of intersectionality were used to guide the analysis of the information. The participants in this research were between 16 and 24 years old, all participants declared themselves to be of black race/color, most of them carry out unpaid activities and had completed high school. **Results:** Thematic units emerged, which were grouped into four categories, where it was possible to understand the phenomenon of obstetric violence from the perception presented by the interviewees. Women attributed obstetric violence to a series of conditions considered degrading, humiliating, disrespectful and abusive. Associating its occurrence with gender and social class, most women in this study were not able to relate the interaction between obstetric violence and racism. The women pointed out the conflicting feeling in the perception of being raped by other women. There is also the perception of obstetric violence in the context of the precarious conditions present in the health systems. **Conclusion:** I reaffirm the need for greater efforts by States, managers, professionals and society to advance in the fight against obstetric violence. So that all women and people with a uterus can receive high-quality, respectful, evidence-based, comprehensive and equitable care, which strengthens policies to combat racism and guarantees autonomy in decisions about the reproductive process. In order to provide individual and pleasurable experiences throughout your obstetric trajectory from the lens of reproductive justice.

Keywords: Obstetric violence; Racism in health; Gender violence; Childbirth care; Reproductive rights

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica das participantes da pesquisa. Salvador, Bahia, 2022.

Quadro 2 – Caracterização obstétricas das participantes da pesquisa. Salvador, Bahia, 2022.

Quadro 3 – Informações obstétricas sobre procedimentos e rotinas assistenciais considerados tecnocráticos e/ou violentos. Salvador, Bahia, 2022.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CPN	Centros de Parto Normal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
MS	Ministério da Saúde
ODM	Desenvolvimento do Milênio
OMS	Conforme a Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PPP	Pré-parto, Parto e Pós-parto
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINCO	Cuidados Intermediários Neonatal
UFBA	Universidade Federal da Bahia
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	17
2,1 POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE MULHERES	17
2.2 A RELAÇÃO ENTRE: MEDICALIZAÇÃO, GÊNERO, RAÇA E BIOPoder	20
2.3 CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	24
2.4 RACISMO OBSTÉTRICO UM DEBATE EM CONSTRUÇÃO NO BRASIL	28
2,5 PERSPECTIVA DA INTERSECCIONALIDADE NO FENÔMENO DE VIOLÊNCIA	31
3 METODOLOGIA.....	34
3.1 TIPO DE ESTUDO	34
3.2 LOCAL DO ESTUDO	35
3.3 PARTICIPANTES	35
3.4 APROXIMAÇÃO COM O LOCAL DO ESTUDO	36
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	36
3.6 TRATAMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS	38
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	39
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1 CARACTERIZAÇÕES DAS MULHERES	41
4.2 PERCEPÇÃO DAS MULHERES A RESPEITO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RELAÇÃO COM RAÇA, GÊNERO E CLASSE	46
4.2.1 Situações relacionadas a raça, que funcionam como disparador de violência obstétrica	48
4.2.2 Violência obstétrica influenciada pelos marcadores de raça e classe.....	50
4.2.3 Gênero como disparador da Violência	52
4.3 PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA RELACIONADA À: SITUAÇÕES QUE AGRIDAM A INTEGRIDADE FÍSICA, MORAL E PSÍQUICA DE MULHERES	54
4.3.1 Violência obstétrica relacionada à: condutas coercitivas, não consensuais ou abusivas fisicamente.....	54
4.3.2 Humilhação e desrespeito, como gerador de desamparo.....	57
4.3.3 Agressão verbal, como uma questão de violência obstétrica	58
4.3.4 Desrespeito a autonomia da mulher durante a assistência ao parto.....	60
4.3.5 Negligência na assistência ao parto, uma faceta da violência obstétrica.....	61
4.3.6 Abandono no parto: sozinhas e sem ninguém para ajudar	63

4,4 CONDIÇÕES PRECÁRIAS NO SISTEMA DE SAÚDE, COMO CAUSAS ESTRUTURAIS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	65
4.4.1 Estrutura física inadequada, como fator de precarização para a assistência obstétrica ...	65
4.4.2 Peregrinação anteparto e a demora nos atendimentos obstétricos.....	67
4.4.3 Maternidades de portas fechadas: desamparo nas trajetórias obstétricas de mulheres....	68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE A - Formulários de coleta de dados	85
APÊNDICE B – Formulários de coleta de dados mulher	86
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido I - Universidade	87
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	89

1 INTRODUÇÃO

É dever do Estado garantir uma vida livre de violência para todas as mulheres e pessoas com útero (BRASIL, 2015; ONU, 2019; ONU, 2012). O Brasil, nos últimos anos, criou uma série de normativas e legislações em consonância com os tratados e convenções internacionais, para garantir os direitos humanos e consolidá-los como políticas públicas. Os direitos humanos tornam-se uma obrigação do Estado brasileiro, a ser garantida como qualquer outro direito legalmente constituído (BRASIL, 2015).

Atualmente, os abusos e a violência sofrida por mulheres e pessoas gestantes durante o atendimento ao parto em centros de saúde e em outros serviços de saúde, tem gerado grande interesse em todo o mundo. Esta forma de violência tem se mostrado um fenômeno generalizado e sistemático e é considerado uma violação aos direitos humanos (ONU, 2019).

Os abusos físicos, humilhação e agressão verbal, procedimentos assistenciais coercivos ou não consensuais, falta de confidencialidade, falha em obter consentimento relatado, recusa em dar medicação para dor, violações de privacidade, negação de admissão em centros de saúde, negligência a assistência durante o parto, puerpério e ao abortamento. Essas são práticas que caracterizam a violência obstétrica, e podem levar a complicações físicas e emocionais que ameaçam as vidas e o bem-estar de mulheres e pessoas que gestam. Essas violações, não afetam apenas o direito das mulheres a uma assistência respeitosa, mas coloca em perigo o direito à vida, à saúde, à integridade física e ao direito a não discriminação (OMS, 2015; ONU, 2019).

O atendimento desrespeitoso e abusivo no parto foi categorizado em sete tipos: abuso físico, atendimento não consentido, atendimento não confidencial, atendimento não digno, discriminação, abandono do atendimento e internação em instituições. Essas categorias foram propostas baseando-se no respeito aos direitos humanos e princípios éticos (BOWSER, 2010).

A violência obstétrica é um fenômeno recorrente no cuidado de mulheres e pessoas que vivenciam uma gestação, situações de abortamento e no puerpério. Segundo a pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, divulgada pela Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro mulheres já sofreu algum tipo de violência durante o parto no Brasil. Sendo as mais comuns, gritos, procedimentos dolorosos, sem consentimento ou informação, falta de analgesia e negligência no cuidado (VENTURINI, 2013).

É importante ressaltar, que apesar da sua alta frequência na assistência reprodutiva, as mulheres têm dificuldade em reconhecer o fenômeno como violento, o fato se dá pela banalização de cuidados desrespeitosos e abusivos, prestados à mulher no momento do parto. Estudos apontam que o relato espontâneo da violência obstétrica é subdimensionado, em

virtude do desconhecimento das mulheres sobre o tema (LANSKY et al., 2019; HOTIMSKY et al., 2002).

A violência obstétrica afeta as mulheres de diferentes formas, entretanto, as mulheres negras são as que mais sofrem violência obstétrica no país, conforme dados apontados no estudo da pesquisa “Nascer no Brasil”. Quando comparada a assistência recebida por mulheres brancas, as puérperas pretas possuíram maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhantes, peregrinação para o parto e menos anestesia local para episiotomia. Puérperas de cor parda também tiveram maior risco de terem um pré-natal inadequado e ausência de acompanhante, quando comparadas às brancas. Foram identificadas disparidades raciais na atenção à gestação e ao parto, apontado nos resultados durante o cuidado entre mulheres pretas e pardas (LEAL et al., 2017).

No Brasil, cerca de 60% das mulheres que morrem por causas obstétricas são negras. É importante observar que as mortes por causas obstétricas são na sua maioria possíveis de serem evitadas em 90% dos casos, se as mulheres e pessoas gestantes tivessem um atendimento de saúde adequado. É de suma importância que o racismo nas instituições de saúde seja aniquilado, para possibilitar e garantir a equidade na saúde de mulheres negras e brancas no país (GÓES et al., 2020, p. 373).

É fundamental reconhecer o forte componente interseccional envolvido nas vivências de discriminação e desigualdades sociais. Tal constituição se dá em torno do viés opressivo, que se manifesta em todas as áreas da vida social, sobretudo nas relações institucionais (COLLINS e CHEPP, 2013). Assim, a atenção à saúde da população brasileira, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), não está imune a este fenômeno, já que expressa o cotidiano político de nossa sociedade (ASSIS, 2018; WERNECK, 2016).

Pela primeira vez na história o Comitê para a Eliminação da Discriminação contra Mulheres da ONU, considerou o governo de um país (Brasil) responsável por uma morte materna evitável. O caso diz respeito a uma mulher de origem negra que morreu em decorrência de complicações obstétricas. No processo que leva o nome da vítima, Alyne da Silva Pimentel Teixeira, o Comitê reconheceu que a morte de Alyne decorreu de um nível severo de abandono pelo sistema de saúde, incluindo recursos insuficientes e a ineficácia na aplicação das políticas de Estado. Essa morte viola o artigo 12, do parágrafo 2º da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 2011; ONU, 2019).

As dificuldades geradas pelo racismo estrutural são determinantes significativos para as mulheres negras, privando-as de condições dignas de vida e, em particular, de saúde, ao dificultar seu pleno acesso aos serviços de saúde e a uma atenção integral voltada às suas

necessidades. Esses e outros fatores de opressão, potencializam a situação de vulnerabilidades vivenciadas por essas mulheres (GÓES, 2018).

Desta forma, a relevância do tema, mostra-se pertinente, pois busca reduzir a lacuna existente na abordagem da temática de maneira específica na literatura. Bem como, auxilia a promover e ampliar as discussões sobre a situação de violência obstétrica vivenciada pelas mulheres no cenário atual de parto e nascimento no país. Além de convidar as instituições e a(o)s profissionais envolvidas(o)s na assistência a refletirem sobre a qualidade da assistência prestada às mulheres.

No intuito de contribuir na discussão para uma assistência mais qualificada e respeitosa, promovendo maior satisfação das mulheres e pessoas que gestam, onde o momento do parto e nascimento possa ser lembrado como uma experiência agradável e acolhedora. Este estudo tem como objetivo: conhecer as percepções de mulheres sobre o fenômeno da violência obstétrica na assistência ao parto e a interface com raça e gênero.

2 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

2,1 POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE MULHERES

O Ministério da Saúde elaborou em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2004). O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

No Brasil, o principal marco garantidor de direito para as mulheres foi a criação da Constituição Federal, em 1988. Constituição que estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, garantido através de políticas sociais e econômicas à redução do risco de doença e de outros agravos, além de acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, compreendido como o “acesso garantido aos serviços de saúde para toda população; a integralidade da atenção, “entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema, a igualdade da atenção à saúde; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo proteção e recuperação, originando assim os pilares que norteiam o SUS (BRASIL, 1990).

Os programas de saúde da mulher elaborados entre as décadas de 30 a 70 eram focados apenas no materno-infantil, abordando uma visão sexista e restrita sobre a saúde sexual e reprodutiva da mulher. Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações de controle de natalidade e na assistência ao parto, como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2004).

Foi a partir da Conferência sobre População e Desenvolvimento (CIPD) da Organização das Nações Unidas, realizada no Cairo em 1994, que se conferiu, internacionalmente, o conceito de direitos sexuais e direitos reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano. A CIPD provocou transformação profunda no debate populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos. Assim, após a Conferência de Cairo, mulheres e homens passam a ser reconhecidos como sujeitos do direito básico de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2005).

Na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, foi reafirmado os acordos estabelecidos no Cairo e avançou na definição dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais como direitos humanos, definidos de maneira mais autônoma. Neste momento, os governos de vários países, incluindo o Brasil, assumiram o compromisso de incorporar os direitos sexuais e reprodutivos nas políticas e nos programas de saúde pública (BRASIL, 2005).

Em agosto de 1999, o Ministério da Saúde anunciou a Portaria que instituiu os Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS para o atendimento à mulher no ciclo gravídico puerperal como disposto na Portaria MS/985 de 05 de agosto de 1999 (PASCHE, 2010). Esta portaria coaduna com a instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), pelo Ministério da Saúde 2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. Tendo como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

No intuito de atender às mulheres em todos os ciclos da vida visando a integralidade foi criada em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Da Mulher - PNAISM que teve como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher - PAISM, elaborado, em 1983. Esta política resguarda as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais, como mulheres negras, indígenas, de diferentes orientações sexuais, residentes em áreas urbanas e rurais ou de difícil acesso (BRASIL, 2004).

O PNAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do movimento sanitário, se concebia arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS. O PNAISM prevê em suas estratégias promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes e o fortalecer à participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres, situações inversamente proporcionais ao fenômeno de violência obstétrica (BRASIL, 2004).

É importante ressaltar que embora a concepção do PNAISM suponha avanços significativos, a sua implementação permanece como um desafio no incremento às ações efetivas nas políticas públicas e para o movimento de mulheres, em especial as que são atravessadas pelas vulnerabilidades racial, econômica e socioambiental (BRASIL, 2004).

Nos últimos anos com a apesar da criação de novos documentos governamentais, as mulheres continuam sofrendo discriminações e violações, frente aos direitos à saúde integral, a exemplo disso, temos o direito ao aborto seguro. Que segue sendo um crime, com duas exceções legais, e os serviços de saúde continuam maltratando e negando acesso ao atendimento às mulheres em processo de abortamento, o que leva a condições inseguras de saúde e aumento da mortalidade materna.

No intuito de buscar instrumentos que reduzissem a Mortalidade Materna alcançando os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), surge o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Este tem como objetivo articular os atores sociais, historicamente mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil (BRASIL, 2005).

A política do planejamento familiar foi desenvolvida, no âmbito da atenção integral à saúde da mulher, do homem e dos(as) adolescentes, enfatizando-se a importância de juntamente com as ações de planejamento familiar promover-se a prevenção do HIV/Aids e das outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) (BRASIL, 2005).

Em 2006 consolida-se a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal que visa ser executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, a qual busca ampliar o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Apesar dos avanços relacionados à assistência ao parto e nascimento, não é tratado nos documentos oficiais as questões que envolvem a assistência e o processo de aborto seguro.

Após alguns anos, em 24 de junho de 2011, é instituída no âmbito do SUS uma estratégia do Ministério da Saúde denominada Rede Cegonha que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil no país e está sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação, respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2011).

A Reforma Sanitária, não foi suficiente para inserir, no novo sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo. Foi então criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 2009. Onde um dos seus objetivos específicos é buscar inserir a interseccionalidade de gênero e raça como aspecto importante da saúde da população negra, permitindo apontar para um campo de ação específico na área de saúde da mulher (BRASIL, 2017; WERNECK, 2016).

Estas políticas e programas foram pensados pontualmente sem trabalhar a interseccionalidade que perpassa a vida da maioria das mulheres negras e periféricas, não há uma linha que estruture as ações afirmativas de combate ao racismo institucional, presente na assistência à mulher no país. E esse ainda é um desafio para assegurar equidade em saúde e qualidade na assistência para a população negra.

Outro quesito pouco pautado nesses documentos é sobre o direito a justiça reprodutiva para as mulheres. O Estado brasileiro deve prover ações que reforcem os direitos sociais com vista nas subjetividades presentes na vida das mulheres, além da garantia de acesso à assistência à saúde reprodutiva e ao direito reprodutivo, livre de discriminação, de forma integral para todas as mulheres e pessoas com útero.

2.2 A RELAÇÃO ENTRE: MEDICALIZAÇÃO, GÊNERO, RAÇA E BIOPODER

Em sua abordagem do poder, Foucault coloca destaque na compreensão de como o poder se articula, como esta se realiza e se manifesta, não se atendo necessariamente como ele é. Desse modo, busca dar significado sobre a forma em que o poder opera e menos sobre a sua natureza conceitual (CARNEIRO, 2005).

O fenômeno do biopoder foi definido por Foucault (1984, p.286), como “a assunção da vida pelo poder, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico”. Assim o direito soberano sobre a morte se transfere para a vida, a fim de geri-la. A vida será empreendida por um poder que se preocupa em administrá-la em todas suas instâncias, desde a reprodução até a regulação e controle contínuos (ZORZANELLI, 2018).

Segundo Foucault, uma das definições de medicalização proposta por ele, diz que a existência humana seria modificada, por meio da sanitização das cidades, levando a um controle social autoritário sobre o corpo e as condutas (FOUCAULT, 1984). Ou seja, as instituições médicas se impõem de modo autoritário aos indivíduos como forma de controle social, uma

medicina que é essencialmente um comando da saúde e do corpo, e principalmente das classes pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas (ZORZANELLI, 2018).

No âmbito das práticas de saúde da mulher, o poder é exercido numa relação hierárquica, que se estende à relação médico-paciente estabelecida na assistência. O médico é considerado aquele que detém a maior autoridade técnico-científica sobre o corpo, e sua fonte de poder se sustenta na legitimidade científica de seus conhecimentos e na dependência da relação (SENA, 2016). Para Foucault uma das estratégias do dispositivo do biopoder dizia respeito a sexualidade da família, mais especificamente a esterilização dos corpos femininos como forma de controle.

O corpo das mulheres tem estado sob poder da medicina, do Estado e da igreja há muito tempo. Requisitar autonomia sobre o mesmo vai depender, além de muita luta política, de coragem para entrar em contato com ele, de observar seus sinais (SANTOS, 2010). De acordo com a história, o patriarcado e os modelos religiosos pautaram os moldes culturais estruturantes da sociedade. Nesta estrutura, o Estado e a sociedade concederam ao homem um lugar de privilégio, em detrimento a mulher e a família. Vale ressaltar que as mulheres negras no que concerne a identidade racial, não era nem considerada como corpo humanizado.

O movimento feminista da primeira onda, esclarece que o patriarcado, refere-se à existência de um sistema político de dominação masculina, que submete as mulheres a partir de relações de poder no seio do parentesco, ligando as desigualdades à reprodução, com primazia da paternidade e obscurecimento do papel das mulheres. Estabelecendo o conceito de gênero que pode ser o primeiro modo de atribuir significado a relações de poder em uma sociedade operacionalizadas em símbolos, discursos, práticas e instituições, constitui o que chamamos de hierarquia entre homens e mulheres e produz as disparidades sociais no gênero (SCOTT, 1995).

O patriarcado é o grande responsável por difundir na sociedade, a ideia de que mulher é um sexo frágil, visto por muitos como um corpo que necessita de cuidados, um ser inferior que precisar ser domado, alguém a ser conduzida (SCOTT, 1995; SANTOS, 2010). Vale pontuar que essa ideia de fragilidade feminina é construída dentro do patriarcado colonial, ou seja, vinculada as mulheres brancas.

As ações por direitos e as políticas efetivadas pelo movimento feminista foram e são fundamentais para apontar as formas de opressão vivenciadas secularmente pelas mulheres. De tal modo, aponta para um caminho estratégico que pode favorecer a construção de uma nova sociedade (SANTOS, 2010). A agenda política do feminismo plural, numa perspectiva

emancipatória, tende cada vez mais a encarar a realidade complexa das desigualdades sociais, e neste contexto, dirimir as violações no tocante aos direitos das mulheres.

É importante refletir que apesar de muitos debates na atualidade abordarem a questão da raça e do gênero como uma questão paralela, faz-se necessário dizer que elas não são categorias que se equiparam. A realidade de mulheres negras é um fenômeno híbrido atravessado pela vivência racial e pelo gênero (KILOMBA, 2019). Assim, podemos compreender que gênero e raça não são categorias hierárquicas, mas que se articulam dialeticamente nas expressões dispostas pelo patriarcado.

Nessa mesma direção, é importante dirimir questões de nulidade entre raça e gênero ou de adição entre essas duas categorias distintas. Pois pela ótica do patriarcado colonial, não damos conta de compreender como o opressão de raça se manifesta na história de mulheres negras (HOOKS, 1981).

O corpo desprovido de humanidade da mulher negra é uma construção racista e sexista da nossa herança colonial. Que se legitima nas relações de biopoder e muito vista na prática médica, expressas através de técnicas de saber e de procedimentos discursivos a serviço da colonização, domesticação, eugenia e repressão (CARNEIRO, 2005; FANON, 2020). Não distante desta relação de subjugação dos corpos com foco no controle, ampara-se a obstetrícia e a ginecologia médica.

A biopolítica ou biopoder, segundo a égide Foucaultiana, é uma tecnologia construída sobretudo no pilar da racialidade, articulada entre gênero e raça, produzindo efeitos específicos, ou definindo perfis específicos para o "deixar viver e deixar morrer". No que diz respeito ao gênero feminino, evidencia-se a ênfase em tecnologias de controle sobre a reprodução, as quais se apresentam de maneira diferenciada segundo a racialidade; quanto ao gênero masculino, evidencia-se, a simples violência (CARNEIRO, 2005).

Pode ser pensado o biopoder como uma tecnologia de poder que se associa a dispositivo de raciais, para fornecer direito soberano sobre a vida das populações. Fazendo com que as representações sobre a racialidade atuem de modo a gerar impactos sobre os processos de morbidade e mortalidade, tornando o biopoder um operador na distribuição de vida e morte de forma desequilibrada do lado da morte para os grupos raciais considerados indesejáveis (CARNEIRO, 2005).

Achille Mbembe, usa a formulação de Foucault sobre biopoder, para propor um novo conceito. Onde o poder funciona mediante a divisão entre as pessoas que devem viver e as que podem morrer, relacionando o racismo como uma tecnologia destinada a permitir o exercício do biopoder. Para ele um Estado que tem o poder de evitar mortes, mas escolhe deixar morrer,

sabendo quem são as vítimas, demonstra que seu projeto central não é a luta pela autonomia, mas a instrumentalização generalizada da vivência humana e a destruição de corpos humanos e populações (MBEMBE, 2018).

O conceito de necropolítica como paradigma da divisão entre segmentos sociais, que regulamenta e regulariza o poder de gestão da vida, vai ditar quem pode viver e quem deve morrer para garantir o funcionamento da máquina de guerra capitalista. Para tanto, produz o esvaziamento de determinado segmento da população, buscando assegurar a legalidade de toda forma de genocídios, por ação bélico-militar ou por abandono na prestação de serviço (AGOSTINI, 2020). Neste paradigma podemos vislumbrar, como a necropolítica impera na máquina do Estado para deixar as mulheres à margem na busca por assistência à saúde na trajetória reprodutiva e obstétrica.

Esse novo poder proposto por Foucault “de fazer viver e deixar morrer” inaugura uma nova metodologia de poder, que produz deslocamentos de poder, do homem-corpo para o homem-espécie. Nessa perspectiva, o principal campo de intervenção da biopolítica é a saúde, assim desembocando consequentemente o advento de novos procedimentos médicos, ou seja, uma forma efetiva de dominação pela medicina (CARNEIRO, 2005).

A mortalidade materna foi um dos piores indicadores apresentados à ONU em 2015, nos objetivos do milênio. Um estudo feito em 2011 sobre a mortalidade materna nos últimos trinta anos, apontava que as determinações do óbito materno apresentavam desigualdades sociais relacionadas a cor da pele e classe econômica. Em um outro estudo mais recente em meio a pandemia, os resultados apresentaram grandes diferenças quando comparado à raça. O resultado apontou que grávidas brancas têm 9% de risco de morrer no parto, enquanto para as mulheres pretas o percentual é de 17%, quase o dobro (MORSE, 2011; SANTOS, 2020). Vale destacar que apesar de tantos avanços, o acesso aos serviços de saúde por gestantes pretas ainda é bem crítico, o que as deixa mais vulneráveis ao adoecimento e ao óbito.

No Brasil, é importante reconhecer o racismo com um dos fatores centrais na produção das iniquidades em saúde por mulheres negras, como determinantes estruturais que moldam as piores condições de vida e de trabalho, bem como a falta de acesso à saúde e a falta de oportunidades da população negra, particularmente das mulheres (WERNECK, 2016). Quando o Estado que tem o poder de evitar mortes maternas, especialmente vulnerabilizadas, porém escolhe se abster, torna-se evidente que seu projeto central não é a luta pelo direito à saúde e bem viver, mas sim o de deixar morrer, como uma faceta da necropolítica (MBEMBE, 2018).

É nessa perspectiva que a negritude está inserida sob o signo da morte, a partir de análise das distinções que se apresentam no processo nascer-adoecer-morrer ou mais simplesmente no

processo viver-morrer de mulheres negras e brancas na sociedade brasileira, em que se observam predisposições genéticas como condições de vidas distintas. Vale ressaltar, que o biopoder não precisa necessariamente da raça enquanto categoria socialmente institucionalizada para poder matar. É suficiente uma dose de hostilidade ou aversão socialmente nas relações para como um grupo social. (CARNEIRO, 2005).

Assim, a morte materna é o exemplo fiel da operacionalização do biopoder e da necropolítica na categoria raça e gênero. Inúmeras mulheres morrem por causas evitáveis durante a sua trajetória reprodutiva, em especial as negras, por falta de assistência ou negligência na saúde, isso é atribuído à má qualidade da assistência à mulher.

2.3 CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A palavra violência deriva do latim ‘*violentia*’, que significa a força que se usa contra o direito e a lei. Com o tempo, o termo passou a significar qualquer ruptura da ordem ou qualquer emprego para impor uma ordem. A violência desta forma, significa o emprego da força ou da dominação sem legitimidade, isto é, na impossibilidade de ocorrer o conflito e a resistência (BRASIL, 2013).

A violência obstétrica (VO) é a violação dos direitos humanos que ocorre durante a trajetória reprodutiva e obstétrica. Ela é considerada uma violência de gênero, uma violação dos direitos humanos e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, uma violência simbólica, podendo acontecer de diferentes formas: física, verbal, moral, psicológica e sexual (VENEZUELA, 2007; OMS, 2015).

Toda ação ou omissão, qualquer violência direcionada à mulher ou a pessoa gestante durante o pré-natal, parto, situação de abortamento e puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher ou a pessoa gestante, procedimentos praticados sem o seu consentimento explícito ou que desrespeite à sua autonomia é considerado violência obstétrica (OMS, 2015, ONU, 2019). Abuso e violência contra à mulher ou a pessoa gestante, não só violam o direito de viver uma vida livre de violência, mas também podem colocar em risco seu direito à vida, a saúde, integridade física, sua privacidade, sua autonomia e a não sofrer discriminação.

A VO é uma questão de saúde pública no país, de acordo com dados da Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro mulheres já sofreu algum tipo de violência durante o parto ou puerpério (VENTURINI, 2013). De acordo com dados da “Pesquisa Nascer no Brasil”, muitas

mulheres vivenciam experiências de violências verbais, físicas e psicológicas, durante o período da gestação, parto, puerpério e nas situações de abortamento (LEAL et al., 2017).

Mulheres do mundo inteiro sofrem violências, desrespeito, negligência e maus-tratos durante a assistência ao parto no período puerperal. Práticas dessa natureza podem implicar consequências graves a pessoa violentada. Entretanto, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é muito difícil de se combater essa má prática, pois ainda não existe um consenso universal a respeito do fenômeno. Dificultando o combate efetivo destes problemas (OMS, 2015).

No Brasil não existe um conceito cientificamente definido sobre o termo violência obstétrica, nem um definição legal devido à falta de instâncias específicas que penalizam os maus-tratos e processos desnecessários aos quais a maioria das mulheres brasileiras é submetida. Ainda que, instâncias estaduais para jurisprudência. Essa situação a nível federal dificulta o acesso a direito que as mulheres têm em denunciar ou mesmo criminalizar essa ocorrência. Portanto, destaca-se a necessidade de uma conceituação de violência obstétrica (inclusive em termos de descritores), preferencialmente em documentos legais que a definam e a criminalizem, fato que auxiliará na identificação e enfrentamento dessas situações (ZANARDO, 2017).

A violação contra as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, vem recebendo diversas denominações como violência institucional, violência no parto e violência obstétrica. Vale ressaltar que a escolha do termo violência obstétrica é a mais usual pelo movimento de mulheres. Assim, faz-se imprescindível entender o que significa violência obstétrica, posto que essa expressão é a que entendemos como apropriada e contextualizá-la historicamente a fim de compreender a resistência retórica à utilização do termo (KATZ, 2020).

No Brasil o conceito ainda não constitui uma definição clara, e precisa ser mais bem descrito. Por conta desta premissa, terminamos adotando como arcabouço as legislações de países vizinhos, como Venezuela e Argentina.

De acordo com a lei orgânica venezuelana, que trata sobre os direitos das mulheres a uma vida livre de violência:

Define violência obstétrica como a 'apropriação dos corpos e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, expressa como tratamento desumanizador e / ou medicalização abusiva e patologização dos processos naturais, resultando na perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus próprios corpos e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres (Lei número 38.668, artigos 15.11 e 51, 2007).

A Venezuela em 2007, foi o primeiro país da América Latina a estabelecer uma legislação acerca da 'violência obstétrica', um termo que engloba conceitos tão diversos como tratamento desrespeitoso e abusivo de mulheres durante a gravidez, parto, situação de abortamento e período pós-parto, a respeito dos cuidados não consentidos e não indicados, além de negligência nas emergências obstétricas (GHERARDI, 2016; VENEZUELA, 2007). Nota-se que a legislação da Venezuela explica explicitamente a violência obstétrica dentro do contexto da violência de gênero e estipula que a eliminação da violência obstétrica é fundamental para garantir que as mulheres possam viver uma vida livre de violência.

Segundo a legislação Argentina a violência obstétrica é:

Definida como 'exercida pelo pessoal de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos da mulher, expressa como tratamento desumanizante e / ou sobre medicalização e medicalização abusiva dos processos naturais (Lei 25.929, 2015).

A Argentina emprega uma concordata de duas leis para tratar a violência obstétrica, que se embasam em conceitos dos direitos das mulheres e da legislação sobre violência baseada em gênero. A Lei Nacional nº 25.929, promulgada em 2004 foi devidamente regulamentada em 2015, prevê a garantia de um conjunto de direitos à gestante (ARGENTINA, 2009; JEREZ, 2015; BELLi, 2013).

Conforme a legislação a mulher tem direito a exercer sua autonomia:

Garante à mulher o direito de ser tratada como participante saudável, informada e tomadora de decisões em seu trabalho de parto, parto e pós-parto; ter um nascimento natural que respeite seu tempo e processos naturais; ser acompanhada por uma companheira de parto de sua escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto; para ficar com seu recém-nascido; e receber aconselhamento e apoio para a amamentação (Lei número 26.485, artigo 6, 2010).

Seguindo o caminho jurídico proposto pela Venezuela, a Argentina em 2009 promulgou a Lei Nacional 26.485 que foi regulamentada em 2010. Com a nova sanção o país busca combater a violência de gênero, e inclui um artigo específico sobre violência obstétrica. Portanto, o arcabouço jurídico da Argentina baseia-se no da Venezuela para assegurar regulamentação sobre o 'parto humanizado' e enfatiza uma série de direitos para as mulheres, aos recém-nascidos, aos companheiros(a)s e familiares (ARGENTINA, 2009; JEREZ, 2015).

O termo violência obstétrica cada vez mais é empregado no ativismo social, nas pesquisas acadêmicas e na formulação de políticas públicas. Reconhecido como questão de saúde pública pela OMS, está tipificado e legislado em alguns países como crime e já conquistou os observatórios de Violência Obstétrica em alguns países do mundo como Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Espanha, França e Itália. Porém, apesar da contemporânea repercussão dessas experiências, a OMS aponta que “não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidas” (OMS, 2015, p. 2).

Nessa direção, a OMS aponta uma demanda na realização de pesquisas com o intuito de definir, medir e compreender melhor as práticas muitas vezes desrespeitosas e abusivas durante o parto, assim como elaborar formas de prevenção e eliminação dessas condutas. Apesar de não se tratar dos objetivos primeiros da presente tese, tais afirmações alicerçam os pontos de partida da pesquisa, fundamentam minhas perguntas e justificam algumas formulações hipotéticas elaboradas - as quais serão desenvolvidas no decorrer da escrita. Daí, uma questão central, decorrente das imprecisões acerca do termo e da realidade da VO, é diferenciar tipologia e conceito (ZANARDO et al., 2017).

A despeito de existir elementos sistematizados pela própria OMS que mapeiam os elevados e pioneiros índices da VO nos países da América Latina e Caribe, a declaração da OMS define a realidade da VO em termos universais - ou seja, anuncia que se trata de um fenômeno recorrente em mulheres do "mundo inteiro". Deste modo, ao traçar os marcos históricos e legais, as conquistas e resistências políticas e jurídicas, os conflitos epistemológicos, as limitações e contradições em torno do termo, tecerei a construção de um pensamento hipotético que busca aproximações com as "impressões" políticas do patriarcado brasileiro (GHERARDI, 2016; DINIZ, 1996).

A violência pode ser definida como uma relação hierárquica de poder, na qual o outro que é tomado como objeto de ação, tem sua autonomia, subjetividade e fala impedida ou anulada. É necessária uma recuperação da autonomia das mulheres, em que passe pela inclusão da garantia de direitos na agenda de políticas públicas e no fortalecimento de movimentos sociais (SENS, 2019).

O fenômeno da violência obstétrica, conforme descrito na literatura, necessita ser amplamente discutido e difundido no meio científico, no sentido de categorizá-la e relacioná-la com outros aspectos que influenciam diretamente na morbimortalidade materna, para além dos parâmetros físicos e emocionais (ZANARDO, 2017; GHERARDI, 2016).

A violência obstétrica é um dos modus operandi do patriarcado e como ele perpetra na assistência à saúde da mulher. Ela se constitui como um reflexo dos mecanismos de perpetuação da dominação do corpo feminino em um momento de vulnerabilidade.

A partir das perspectivas aqui firmadas, se definem as categorias que corroboram na compreensão do fenômeno de violência obstétrica, enquanto violência de gênero, atravessada pelo patriarcado, pelo marcador de raça e classe social.

O Ministério da Saúde do Brasil publicou um despacho nº 017, em maio de 2019, se posicionando contra o termo. Segundo a publicação, violência obstétrica é uma expressão inapropriada, pois o profissional não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano a mulher (BRASIL, 2019). No entanto, é importante ressaltar que a falta de intencionalidade não atenua o fato. Essa passagem nos remete a necessidade urgente de conceituação do fenômeno de violência obstétrica no país, para facilitar o entendimento, evitando interpretações equivocadas sobre o fenômeno.

Neste mesmo ano as Nações Unidas, em assembleia geral emitiu um relatório sobre uma, “abordagem baseada nos direitos humanos para o abuso e a violência contra as mulheres nos serviços de saúde reprodutiva, com especial ênfase na assistência ao parto e violência obstétrica” (ONU, 2019). Para a ONU, a violência contra as mulheres no campo da saúde sexual e reprodutiva é uma questão de Direitos Humanos e viola as disposições da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), da qual o Brasil é signatário. O documento deixa claro que os Estados Partes da CEDAW têm a obrigação de elaborar e implementar, por meios apropriados e sem demora, políticas voltadas para eliminar a discriminação e a violência de gênero contra as mulheres, particularmente no campo da saúde. É uma obrigação imediata e os atrasos não podem ser justificados por qualquer motivo, nem mesmo por motivos econômicos, culturais ou religiosos (ONU, 2019).

Na prática esse reconhecimento é um avanço histórico, principalmente em nível jurídico, pois o reconhecimento da violência obstétrica pela ONU é um avanço importante, pois como acontece com qualquer outro tipo de violência de gênero, o primeiro passo para erradicá-la é o reconhecimento da sua existência, para compreender e combater seus mecanismos de ação.

2.4 RACISMO OBSTÉTRICO UM DEBATE EM CONSTRUÇÃO NO BRASIL

A desigualdade entre raça e gênero produzem profundas disparidades na saúde e estão diretamente relacionadas as injustiças sexuais e reprodutivas vividas por mulheres, por esta

razão torna-se fundamental conectar as lutas contra o racismo e a violência de gênero, para produzir um efeito mais profundo no combate a essas iniquidades.

O artigo “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”. Que apresenta dados que comprova como mulheres negras sofrem mais no parto, tem menos acesso aos serviços de saúde e pior qualidade na assistência em todos o ciclo gravídico-puerperal (LEAL et al., 2017). Situação balizada principalmente pela ideia racista de que as mulheres negras são mais fortes.

O racismo é um sistema estruturante, que gera comportamentos, práticas, crenças e preconceitos que promovem desigualdades entre grupos sociais, baseadas na raça ou etnia. E de forma institucional, obstrui o acesso a bens, serviços e oportunidades, estando subjacente às normas que orientam as ações institucionais (GOES et al., 2020).

Segundo Almeida, é através da discriminação racial estruturada, que constituísse como um processo pelo qual as circunstâncias de privilégios se difundem entre os grupos raciais e se manifestam pelos espaços econômicos, políticos e institucional. O racismo é uma prática de discriminação racial que se fundamenta nas relações de poder, entre grupos racialmente distintos (ALMEIDA, 2018).

Foi a pesquisadora estadunidense Dána-Ain Davis que apresentou o conceito de racismo obstétrico. Ela traz em um dos seus artigos o entendimento da violência obstétrica sobre a perspectiva interseccional na vivência da violência obstétrica. Para Devis, o racismo obstétrico tem lugar na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo médico. A violência obstétrica é uma forma de violência baseada em gênero experimentada por pessoas que dão à luz e que são submetidas a atos de violência. O termo sugere que a violência institucional e a violência contra as mulheres se fundem ao racismo estrutural na saúde reprodutiva da mulher (DAVIS, 2018).

O racismo obstétrico é uma ameaça para a vida das mães e para os desfechos neonatais. O termo inclui, mas não se limita a lacunas críticas de diagnóstico; negligência, desdém e desrespeito; causar dor; e exercer abuso médico por meio de coerção à realização de procedimentos ou de realização de procedimentos sem consentimento. Um fluxo de racismo, segregação e policiamento historicamente constituído informa as interpretações das mulheres sobre esses encontros. O racismo obstétrico emerge especificamente no cuidado obstétrico e coloca as mulheres negras e seus filhos em risco (DAVIS, 2019).

Existem sete dimensões do racismo obstétrico, que segundo Davis podem ser representadas por duas categorias de compreensão: lapsos diagnósticos; negligência, descaso ou desrespeito; causar dor intencionalmente; coerção; cerimônias de degradação; abuso

médico. Esta violação caracteriza situações em que pacientes obstétricas experimentam dominância reprodutiva por profissionais e equipe de saúde, agravada pela raça da paciente ou pela história de crenças raciais que influenciam o tratamento ou as decisões diagnósticas (DAVIS, 2021).

Muito do conhecimento médico em obstetrícia foi desenvolvido a partir da experiência com mulheres pobres ou escravizadas da época. Um exemplo conhecido é a respeito do médico americano James Marion Sims, considerado como “pai da ginecologia moderna”, ele também foi o pioneiro em uma técnica cirúrgica para reparar fístula vesicovaginal e inventou o espéculo vaginal. Que conduzia pesquisa experimental em mulheres negras escravizadas, Sims realizava cirurgias nestas mulheres sem anestesia, pois segundo ele, as mulheres pretas tinham uma tolerância fisiológica incomum para a dor (WASHINGTON, 2007). O mito de que a mulher negra é resistente à dor, surge através dessas experiências de intervenções cruéis e desumanas. Essa teoria é usada até hoje para refutar a execução de condutas abusivas e violentas na prestação de assistência às mulheres negras no parto.

Nesse contexto é que a obstetrícia começa seus processos discriminatórios, tornando o cenário do parto extremamente racista e violento. Enquanto as mulheres negras tinham seus corpos violados e utilizados como “cobaias” para a invenção e aprimoramento de instrumentos de parto, as mulheres brancas de classe média e alta, passaram a aderir e utilizar a sedação para alívio da dor e aderiram a hotelaria hospitalar para o nascimento dos seus filhos (WASHINGTON, 2007; PASCHE, 2010; DINIZ, 2001). Vale ressaltar que neste panorama, além de vivenciar racismo obstétrico e violência, as mulheres de modo geral perderam espaço e autonomia, pois o parto passa a ser centrado na figura hegemônica médica.

A forma como as mulheres negras vivenciam a violência obstétrica pode se dar para além das intervenções e abuso físico, através da dificuldade no acesso assistencial, ausência de assistência à saúde, peregrinação, menos anestesia, maior dificuldade quando precisam de uma intervenção cirúrgica, maior risco de terem um pré-natal inadequado e ausência de acompanhante quando comparadas às brancas (LEAL et al., 2017).

Um caminho para combater as disparidades raciais na saúde das mulheres negras é a produção de respostas adequadas para a promoção de saúde, que tenham foco no desenvolvimento de ações afirmativas em diferentes níveis, os quais devem fundamentar o desenho de processos, protocolos, ações e políticas específicos segundo as necessidades e singularidades da população. Assim, é preciso estabelecer medidas facilitadoras de aproximação e acesso, de modo a superar as barreiras interpostas ao exercício do direito à saúde pelas mulheres negras (WERNECK, 2016).

Compreender a interface do racismo obstétrico não é apenas falar sobre a disparidade racial que mulheres negras vivenciam na busca por saúde sexual e reprodutiva, mas é sobretudo um acesso a uma observação analítica e minuciosa de como as injustiças reprodutivas, foram geradas pela lógica racista e sexista do patriarcado perverso. E como ela se perpetua com o passar do tempo, apoiando-se no biopoder e despertamento do corpo feminino, sobretudo da mulher preta e pobre.

2,5 PERSPECTIVA DA INTERSECCIONALIDADE NO FENÔMENO DE VIOLÊNCIA

Sendo a violência obstétrica um fenômeno que afeta as mulheres em sua pluralidade, é preciso compreender e reconhecer as intersecções das múltiplas opressões que elas vivenciam em seus diferentes espaços. Assim, a epistemologia analítica da interseccionalidade é fundamental para entender como a violência obstétrica se entrecruza com os eixos opressivos para gerar desigualdade na vida das mulheres, sobretudo para as que vivem disparidades raciais.

Kimberlé Crenshaw (1991), cunhou o termo pela primeira vez para designar a interseção de marcadores sociais nas relações de poder entre raça, sexo e classe e outros eixos de subordinação.

A interseccionalidade busca conjugar consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Tratando especificamente o como o racismo, o patriarcalismo, exploração de classe e outros sistemas de opressão, criam desigualdades básicas para os diversos marcadores sociais, como gênero, raça, etnias, classe e outros. É um conceito que analisa como a opressão opera nos eixos de subordinação, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos de desempoderamento (CRENSHAW, 2002).

Ela pode ser entendida como uma forma de investigação crítica e de práxis, precisamente, porque tem sido forjada por ideias de políticas emancipatórias de fora das instituições sociais poderosas (COLLINS; BILGE, 2016). A interseccionalidade como teoria metodológica desvela na estrutura do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado. Promovendo pontos de cruzamento que liguem as várias avenidas identitárias em que mulheres negras são reiteradas vezes atingidas pela intersecção e sobreposição de gênero, raça e classe, pelos modernos aparatos coloniais (AKOTIRENE, 2018).

O fato de todas as mulheres estarem, de algum modo, sujeitas ao peso da discriminação de gênero, e de outros fatores relacionados às suas identidades sociais, tais como classe, casta, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual, são diferenças que fazem disputa na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a vulnerabilidade (CRENSHAW, 1989).

Para esta autora, a interseccionalidade pode ser vista como uma metodologia a ser utilizada para enfrentar as causas e os efeitos da violência praticada contra as mulheres negras.

Apesar de Crenshaw estabelecer o conceito pela primeira vez, para trabalhar as subordinações vivenciadas por mulheres negras nas situações de violência, na busca por soluções para debater os problemas ligados às situações de injustiça social. A autora não foi a única a propor esse debate, embora o termo tenha se popularizado a partir do seu artigo.

O debate acerca da intersecção dos marcadores sociais, não foi isolado, inúmeras autoras ajudaram na construção da teoria da interseccionalidade a partir de olhares distintos, autoras estrangeiras e brasileiras como: Patrícia Hill Collins (2000); Bell Hooks (1995); Audre Lorde (1984); Angela Davis (1981). No Brasil, temos Sueli Carneiro (2003), Luiza Bairros (1995); Lélia Gonzales (1988) e mais recentemente Akotirene (2018). É importante ressaltar que algumas dessas autoras apesar de não trabalharem o conceito em si da interseccionalidade, discutem sobre os marcadores sociais potentes, para trabalhar o conceito, como raça, gênero e classe social.

As pensadoras do feminismo negro Estadunidenses, buscavam capacitar as mulheres por meio de análises críticas sobre os sistemas de mútuas opressões a respeito de raça, classe, gênero e sexualidade. Propondo analisar como se enquadram as questões sociais e as desigualdades que as mulheres negras enfrentam (COLLINS, 2000). Esse olhar analítico é fundamental para compreender como a mulher negra vivência o fenômeno de violência obstétrica e como esse atravessamento é diferente para as mulheres radicalizadas.

A estrutura interseccional sugere ligações provocativas que podem fundamentar projetos de justiça social e feminismo plural. Os movimentos que afetam as mulheres de forma diferente, devem ser analisados com vista às suas diferenças. A análise de como as relações de poder e a intersecção de raça, classe, gênero e sexualidade, forneceu uma nova estrutura para ponderar as realidades sociais, políticas e culturais de outros grupos (COLLINS, 2000).

O feminismo negro propõe o pensamento das mulheres negras sem deixar de olhar para as relações comunitárias, militantes e sociais, através do ponto de vista do pensamento de um conjunto interligado de raça, gênero e classe (BAIRROS, 1995).

Segundo Sueli Carneiro, o marcador de raça degrada a vivência de gênero, nas questões de violência presente no cotidiano do ser mulher negra. É importante esclarecer que não se trata da somatória de opressões, mas de como a composição deles sobre o ser social, intervém nas condições de vida (CARNEIRO, 2003).

É preciso compreender, que não há hierarquias de opressão, pois não existe uma concorrência por quem vive mais a intolerância em detrimento ao outro (LORDE, 2009, p. 219).

Para a autora não há como fazer uma análise adicional das opressões, porque na opressão social não há como escolher um marcador de forma isolada, sem a perspectiva do lugar de origem.

O feminismo negro vem na vanguarda ao que se refere ao combate às múltiplas discriminações. Desta forma, ressaltasse o trabalho intelectual das feministas negras, dado que partiu delas a sugestão da interseccionalidade como uma perspectiva metodológica com base no aspecto antirracista (AKOTIRENE, 2018).

Não se pode assumir a priorização de uma categoria sobre as outras, é importante compreender que classe corrobora a raça. Mas raça, também, informa a classe. E o gênero apoia a classe. Raça é a maneira como a classe é vivida. Da mesma forma que gênero é a maneira como a raça é vivida. É imprescindível refletir para perceber as intersecções entre raça, classe e gênero, de forma a compreender que entre essas categorias existem relações que são mútuas e outras que são cruzadas (DAVIS, 2016).

De acordo com Collins, a interseccionalidade proposta por Crenshaw é forjada para estabelecer uma relação entre a identidade individual e coletiva, mas mantém o foco nas estruturas sociais e na teorização a partir da base de casos de violência contra as mulheres negras, a partir de um conjunto de experiências com conexões estruturais, políticas e representativas para contribuir com iniciativas de justiça social (COLLINS, 2017).

A interseccionalidade também pode ser usada como um campo de estudo para catalisar um fluxo de novos conhecimentos, muitos deles produzidos por pesquisadores, professores e alunos que usam a interseccionalidade como uma estratégia analítica, a temática considera a opressão epistêmica como ferramenta para atuar contra e dentro de seus próprios parâmetros (COLLINS, 2016).

O letramento produzido neste campo discursivo precisa ser apresentado e aprendido por todas e todos da comunidade, pessoas das ciências, múltiplos povos, trabalhadoras de diversos espaços e de diferentes religiões. A interseccionalidade proposta pelo feminismo negro conversa respectivamente entre as encruzilhadas de diferentes avenidas identitárias, com os indivíduos que são atravessados pelo racismo, cisgenderopatriarcado e capitalismo (AKOTIRENE, 2018).

É importante compreendermos de forma mais ampla o potencial da interseccionalidade como uma ferramenta importante para o engajamento político. Profissionais como professores, assistentes sociais, agentes comunitários, e enfermeiras, tendem a usar a interseccionalidade como uma práxis crítica para fomento de ligações complexas das desigualdades sociais. Esses costumam apresentar uma relação mais próxima e pessoal com as temáticas da violência, falta de moradia, pobreza, agressão sexual e semelhantes fenômenos (COLLINS, 2016).

O valor da práxis crítica reflete as normas de qualquer comunidade interpretativa dada sobre mulheres, raça e classe até sua atenção constante à abolição de situações de vulnerabilidades. Porque racismo, exploração de classe e patriarcado moldavam a experiência de mulher negra que vivenciam a violência, a libertação dessas mulheres exigia uma resposta que abarcasse os múltiplos sistemas de opressão (DAVIS, 2016; CRENSHAW, 2002; COLLINS, 2017).

A interseccionalidade não é simplesmente um campo de estudo a ser dominado ou uma estratégia analítica para compreensão, em vez disso, a este deve ser empregada como práxis crítica que lança luz sobre a realização do trabalho sobre justiça social (CRENSHAW, 2002; COLLINS, 2016).

É importante perceber o pensamento desenvolvido por essas autoras para entendermos o conceito de interseccionalidade, e com isso, poder estabelecer alguns pontos importantes sobre a utilização como uma ferramenta teórico-metodológica possível para compreender as diversas opressões vividas por mulheres com múltiplos atravessamentos sociais e que vivenciaram à violência obstétrica.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

A complexidade do objeto de pesquisa, vinculada ao objetivo proposto, exige a compreensão da subjetividade de cada participante em seu contexto de vida, assim como dos aspectos culturais e sociais envolvidos no contexto da violência. Nesta perspectiva, optou-se por um estudo com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, no qual os resultados foram apreciados conforme a técnica da análise de conteúdo.

Para Minayo (2010) a metodologia qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade, sendo inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, como nas construções humanas significativas. A adequação da abordagem qualitativa ao objeto de estudo está centrada na possibilidade de esta detalhar a forma como as pessoas constroem o mundo à sua volta, de modo que proporcione sentido e visão rica da realidade (FLICK, 2009).

Ademais, a pesquisa se caracteriza como do tipo descritiva e exploratória pelas especificidades dos objetivos e do objeto de estudo. A pesquisa do tipo descritiva possibilita investigar as causas de existência do fenômeno, (TRIVIÑOS, 2008) e a exploratória permite

compreender cada etapa de escolha do tópico de investigação (MINAYO, 2010). Essas características favorecem o entrosamento entre pesquisadora e participantes, além de ampliar o olhar da primeira junto à determinada situação ou fenômeno social. Essas abordagens são usadas quando se buscam percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação.

O estudo exploratório tem por objetivo o rastreamento de todas as dimensões de um determinado fenômeno, suas expressões e aspectos relacionais (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Esse tipo de pesquisa almeja descobrir, encontrar e elucidar fenômenos ou explicar aqueles que apesar da evidência não são aceitos socialmente (GONÇALVES, 2014).

Diante do objeto de estudo, que é conhecer as percepções de mulheres sobre o fenômeno da violência obstétrica na assistência ao parto e a interface com raça e gênero, espera-se que a abordagem qualitativa responda aos questionamentos de compreender o problema a partir das pessoas que o vivenciam, dando significado às experiências individuais.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O local para o desenvolvimento do estudo foi uma maternidade pública da cidade de Salvador, Bahia. Fundada em março de 1959, a maternidade é referência na rede estadual de saúde na assistência obstétrica ao parto de risco obstétrico habitual, com uma média de 400 partos por mês. Foi a primeira unidade no estado e a segunda em todo o país a implantar o Método Canguru. De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), a unidade dispõe de sete leitos de Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP) para assistência ao parto risco obstétrico habitual, três enfermarias com alojamento conjunto, além de uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCINCO) com dez leitos e uma unidade Canguru com cinco leitos (SESAB, 2020).

A instituição presta atendimento integral ao SUS, desenvolvendo uma assistência à saúde de qualidade à população da Bahia. Possui como missão, a assistência científica de qualidade humanizada à mulher, a formação de recursos humanos aptos para as boas práticas de ensino e assistência especializada, a produção e convalidação de conhecimentos em benefícios da humanidade (SESAB, 2020).

3.3 PARTICIPANTES

A população de referência foi composta por mulheres atendidas na maternidade de referência para este estudo, no momento da assistência ao parto. O número de participantes convidadas buscou responder os objetivos propostos no estudo, onde foram convidadas a participar da pesquisa 25 mulheres. Todas as participantes convidadas concluíram as entrevistas e enquadram-se nos seguintes critérios de inclusão: estar grávida ou em fase de puerpério, terem sido admitidas nas maternidades por ocasião do parto.

Foram definidos como critérios de exclusão, mulheres que não tiveram condições físicas e emocionais de participarem da pesquisa, ter alguma dificuldade que impossibilitasse as respostas técnicas e instrumentos de produção de dados.

3.4 APROXIMAÇÃO COM O LOCAL DO ESTUDO

A aproximação com o campo de estudo já havia ocorrido antes mesmo da pesquisa, pelo fato da pesquisadora principal ser enfermeira obstetra da instituição escolhida como campo pesquisa. Porém a efetivação deu-se após a inserção da pesquisadora voluntária, pertencente do Programa de Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA e participante do grupo de pesquisa GESTAR, na maternidade, a fim de conhecer o espaço físico, a organização da instituição, os processos de trabalho da(o)s profissionais, sua assistência prestada às mulheres durante o período de parto e nascimento, assim como as mulheres que foram atendidas, entre outros.

Em seguida, foram apresentados a pesquisadora voluntária os fluxos de atendimento das mulheres dentro da instituição, locais de internamento, as escalas de trabalho da(o)s profissionais, número de profissionais dos diferentes setores utilizados para a pesquisa. Após reconhecimento do local e das características, buscamos um local adequado onde realizamos as entrevistas e coleta de informações do prontuário.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados produzidos a partir das entrevistas, no período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022 foram organizados de forma articulada a fim de analisar particularidades e aspectos comuns acerca da temática, através da técnica da observação participante e a entrevista semiestruturada.

Como forma de manter contato pessoal com a realidade local, aproximação com as possíveis participantes da pesquisa e colher informações, foi escolhida como técnica para coleta de dados, a observação participante. As informações, provenientes desta técnica, foram apreendidas com a presença da pesquisadora junto às atividades cotidianas nos serviços selecionados.

A observação participante é importante conquistar a confiança do grupo, suscitar nas pessoas a compreensão quanto a relevância do estudo, sem ocultar o seu objetivo. Para estas autoras, o sucesso da observação depende exclusivamente da pesquisadora, uma vez que deve mostrar habilidade, flexibilidade e saber lidar com aspectos emocionais, ideológicos e profissionais (LAKATOS; MARCONI, 2006).

Esta técnica tem como base o uso de questionamentos que estão sustentados por teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. As entrevistas auxiliam na descrição dos fenômenos sociais, como também no esclarecimento e a compreensão da sua totalidade, além de sustentar a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVINÓS, 2008).

As entrevistas semiestruturadas foram guiadas por um roteiro elaborado com temas norteadores (APÊNDICE A) acerca da problemática de estudo, possibilitando a liberdade de comentários. Antes de iniciar as perguntas abertas, foram coletados dados a respeitos do perfil sociodemográfico (APÊNDICE A), assim como dados relacionados à saúde reprodutiva das participantes. Nele continha elementos como idade, raça/cor, escolaridade, renda familiar, trabalho/ocupação, situação conjugal, além de dados relacionados à gestação, partos, abortos e do recém-nascido. Foram investigadas ainda, informações obstétricas, através de um formulário estruturado com procedimentos assistenciais considerados tecnocráticos e que podem ser caracterizados como violência obstétricas (APÊNDICE B).

Além de compreender diferentes aspectos de uma realidade, com a análise de dados proveniente das duas técnicas, buscou-se reduzir os riscos de possíveis enviesamentos de uma metodologia única. Assim, tal abordagem enriqueceu o entendimento sobre o fenômeno, contribuindo também para novas ou outras discussões.

Os registros em diário de campo foram analisados concomitantes com o decorrer da observação participante, na tentativa de aprimorar as anotações e possibilitar aprofundamento das informações coletadas. Nesse sentido, esta etapa, dependeu da inserção e da rotina no campo, ajudando na complementação do processo de pesquisa.

A análise dos registros consistiu, num primeiro momento, na organização do material, procurando identificar palavras chaves, tendências e padrões relevantes (NOGUEIRA-

MARTINS e BOGUS, 2004). À medida que as anotações foram feitas, essas tendências e padrões foram reavaliados, buscando-se relações com as informações proveniente das entrevistas.

3.6 TRATAMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS

Os materiais obtidos nas entrevistas foram analisados conforme a técnica de análise de conteúdo. Este método consiste em buscar o significado por trás dos conteúdos manifestos, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Esta técnica busca descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar um aspecto para o objetivo analítico. Assim para atender a veracidade da análise de conteúdo temática, foram desenvolvidas as seguintes etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados; inferência e a interpretação dos mesmos (BARDIN, 2010).

A análise de conteúdo é uma técnica para produzir inferências de um texto focal para o seu contexto social de maneira objetivada. Para se chegar a este ponto, não se sugere leitura singular dos textos, pelo contrário, uma “leitura verdadeira” em termos de uma fundamentação teórica, à luz do objetivo de pesquisa. Nesse sentido, além de descrever uma mensagem, o desenvolvimento desta técnica visa transcender o conteúdo da fala, extrapolando todas as nuances da linguagem (BARDIN, 2010).

Durante a pré-análise foram organizadas as entrevistas, a fim de ponderar os objetivos propostos e sistematizar as ideias iniciais, foi feita leitura flutuante do conteúdo, buscando identificar aspectos que se repetem ou que se destacam, procurando elementos que respondiam ao objeto do estudo.

É importante ratificar que, na fase de pré-análise, as regras de recorte do texto, em unidades comparáveis de categorização para análise temática e codificação para registro dos dados já devem ser determinadas (BARDIN, 2010).

Na fase de exploração do material, a operacionalização dos procedimentos definidos na pré-análise se deu mediante leituras detalhadas, orientadas pelos objetivos, para compreensão e aprofundamento dos significados dos conteúdos (BARDIN, 2010). Após a identificação dos fragmentos das descrições que expressam o fenômeno, foi estabelecida a codificação, decomposição do corpus e o agrupamento do material em categorias, as quais foram validadas para compor unidades de contexto.

A transformação dos dados brutos do texto consiste na codificação, a qual permite atingir uma representação do conteúdo, compreendendo a escolha das unidades, das regras de contagem e das categorias. Nesse momento foram consideradas a unidade de registro e a unidade de contexto para codificação do conteúdo. Diante da proposta inicial, o tema foi utilizado como unidade de registro, vez que permite o estudo de atitudes, valores, crenças, opiniões e tendências (BARDIN, 2010).

No processo de decomposição do corpus, a extração das unidades temáticas ganhou forma para proceder ao tratamento, inferência e interpretação das informações. Nesta etapa, em que os resultados foram analisados emergiram três categorias e treze subcategorias relacionadas as percepções de mulheres sobre o fenômeno da violência obstétrica na assistência ao parto: Violência obstétrica segundo a percepção das mulheres; Violência obstétrica relacional experimentada; Violência obstétrica imposta pelo sistema de saúde. Estas categorias foram analisadas segundo Bardin, (2010).

Simultaneamente à interpretação das entrevistas, os registros da observação participante subsidiaram as informações contidas nas categorias temáticas deu sustentação entre o que foi dito e o que foi observado. Vale ressaltar que os resultados desta pesquisa foram analisados à luz do embasamento teórico do conceito da interseccionalidade, de estudos sobre violência obstétrica e o envolvimento racismo obstétrico e estrutural neste processo.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa faz parte de um projeto matriz intitulado “o fenômeno da violência obstétrica: percepção dos atores sociais envolvidos”, foi cadastrado na Plataforma Brasil no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), aprovado pelo parecer número: 4.447.699 (ANEXO, A), objetivando-se respeitar as premissas éticas apontadas nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que norteia a pesquisa envolvendo seres humanos, bem como receber parecer favorável para o desenvolvimento da pesquisa (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016). Esta pesquisa obedeceu aos preceitos estabelecidos conforme protocolo de aprovação. Por se tratar de estudo desenvolvido dentro da esfera do sistema único de saúde, obedeceu as normas presentes na Resolução 588/2018 (BRASIL, 2018).

Após a aprovação, a coleta dos dados teve início. As participantes que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa foram convidadas a participarem da mesma e, em caso de aceite, assinavam o TCLE (APÊNDICE C) em duas vias (uma via da pesquisadora, outra da

participante do estudo). As mulheres foram informadas sobre a importância do estudo, assim como a privacidade e a liberdade de participar ou não da pesquisa e da desistência em qualquer momento, sem prejuízos. Vale ressaltar que tais atitudes coadunam com o princípio da autonomia, que versa sobre o respeito pela pessoa, à sua vontade e aos seus valores morais e crenças (BRASIL, 2012).

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para garantir o anonimato das participantes deste estudo. As mulheres receberam nomes de mulheres negras brasileiras pioneiras em diversos campos de atuação. As entrevistadas foram esclarecidas quanto a interrupção da entrevista no momento que elas quisessem. Todas as informações contidas nas gravações das entrevistas serão arquivadas por cinco anos no grupo de pesquisa GESTAR, e após esse período serão destruídas. Os aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos possuem princípios básicos da bioética que procuram respeitar os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, dentre outros (BRASIL, 2016).

No sentido de atender aos aspectos éticos contidos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde as participantes serão informadas sobre todas as etapas do estudo. As pesquisadoras também explicitaram os riscos potenciais associados à participação, pois falar sobre a vivência de violência obstétrica poderia ocasionar desconforto emocional às participantes.

Àqueles que colaboraram para a pesquisa foram informadas sobre a divulgação dos resultados encontrados por meio das publicações de artigos indexados e/ou de trabalho em eventos científicos.

De forma a minimizar tais riscos, as entrevistas foram realizadas individualmente, em local reservado, podendo, em caso de desconforto da participante, ser parada a qualquer momento. Além disso, as mulheres que necessitaram de suporte foram encaminhamento para o serviços de acompanhamento psicológico.

A capacidade que o indivíduo tem de conduzir sua vida de acordo com sua própria vontade sem influências das pessoas é reconhecida como autonomia. De tal modo, a(o)s participantes foram previamente informadas que, em qualquer momento da pesquisa, poderiam ter o direito de deixar a entrevista, se assim fosse a sua vontade, sem nenhum prejuízo. Foram respeitadas durante todo o processo. Assim, as participantes tiveram liberdade em recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

A beneficência visa alcançar a dignidade da pessoa por meio da pesquisa, oferecendo o melhor. Esta pesquisa busca o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. A

participação proporcionará ações que favoreçam a qualidade da assistência prestada às mulheres durante o período de parto e nascimento, ampliar o conhecimento na área e melhoria no processo de trabalho. Também será possível o retorno social as(o)s participantes por meio do acesso aos produtos desta pesquisa através de apresentações dos resultados após a finalização da pesquisa em local acordado com a maternidade, lócus da pesquisa. Isto permitirá a modificação da atuação das(o)s profissionais do serviço, bem como divulgação por meio de periódicos específicos da área.

Em relação aos malefícios, as participantes, no que diz respeito ao constrangimento em compartilhar informações pessoais ou confidenciais, bem como o desconforto e/ou incômodo ao responder alguns questionamentos. Respeitamos a confidencialidade das participantes, pois foram utilizados nomes fictícios para identificá-las. Ademais, as pesquisadoras, permaneceram ao lado das participantes para qualquer intercorrência no momento da entrevista, oferecendo assistência até que a equipe do setor da enfermaria fosse comunicada.

Por fim, o princípio da justiça, promovi o respeito à imparcialidade da pessoa participante associando o conceito da equidade, que representa tratar cada ser humano de acordo com suas necessidades. Assim, essa pesquisa se comprometeu em tratar as pessoas envolvidas de acordo com suas peculiaridades e necessidades, respeitando seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, hábitos e costumes, a fim de atender a todas de forma mais justa e humana.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÕES DAS MULHERES

Visando contextualizar os dados das categorias empíricas que respondem ao objetivo proposto, serão apresentadas informações das características sociodemográficas e de saúde reprodutiva das participantes. Das 25 mulheres que participaram desde estudo, as idades variaram entre 16 e 34 anos; (100%) das participantes declararam-se ser da raça negra, (52%) delas não exerciam atividades remuneradas. No que se refere ao grau de escolaridade, apenas uma mulher possuía nível superior completo, sendo que a maioria (44%), das mulheres tinham nível médio completo. (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica das participantes da pesquisa. Salvador, Bahia, 2022.

Codinome	Idade	Escolaridade	Raça/cor	Ocupação	Situação conjugal	Renda individual	Cidade
Aqualtune	34	ESC	Parda	Professor	União estável	R\$2400 (dois salários-mínimos)	Salvador
Luiza Mahín	18	EFC	Preta	Dona de casa	Solteira	Não soube informar	Lauro de Freitas
Zeferina	32	EMC	Parda	Atendente	União estável	R\$1200 (um salário-mínimo)	Salvador
Maria Firmina	29	EMC	Parda	Dona de casa	Solteira	Não soube informar	Salvador
Acotirene	21	EMC	Preta	Estudante	União estável	R\$1200 (um salário-mínimo)	Salvador
Dandara De Palmares	29	EMI	Preta	Dona de casa	Casada	R\$1200 (um salário-mínimo)	Simões Filho
Maria Felipa	33	EMC	Parda	Autônoma	União estável	R\$1100	Salvador
Anastácia	18	EMC	Parda	Não tem	Solteira	Não soube informar	Salvador
Chica da Silva	23	ESI	Preta	Cozinheira	Solteira	R\$1200 (um salário-mínimo)	Salvador
Tereza De Benguela	29	EMC	Parda	Autônoma	Solteira	Não soube informar	Salvador
Adelina	16	EFI	Parda	Estudante	Casada	Não soube informar	Candeias
Na Agontimé	17	EFC	Preta	Estudante	União estável	Não soube informar	Salvador
Zacimba Gaba	27	EMC	Preta	Auxiliar de serviços gerais	União estável	R\$1200 (um salário-mínimo)	Salvador

Clementina De Jesus	21	EMC	Preta a	Autônoma	Casada	R\$1200 (um salário-mínimo)	Salvador
Antonieta De Barros	22	EMI	Parda	Dona de casa	União estável	Não soube informar	Salvador
Carolina De Jesus	29	EMC	Preta	Autônoma a	Casada	R\$1200 (um salário-mínimo)	Salvador
Sueli Carneiro	23	ESI	Preta	Dona de casa	União estável	R\$1000	Salvador
Ruth De Souza	24	EMI	Preta	Dona de casa	União estável	Não soube informar	Lauro de Freitas
Tia Ciata	25	EFI	Parda	Dona de casa	União estável	Não soube informar	Inhambupe
Ivone De Lara	19	EMC	Parda	Dona de casa	União estável	Não soube informar	Dias D'ávila
Enedina Alves	27	EMC	Preta	Lavradora	União estável	Não soube informar	Sátiro Dias
Laudelina Melo	23	EFI	Parda	Atendente	União estável	R\$1200 (um salário-mínimo)	Salvador
Lélia González	23	ESI	Parda	Dona de casa	União estável	Não soube informar	Pojuca
Conceição Evaristo	17	EFC	Parda	Estudante	União estável	Não tem renda	Camaçari
Elsa Soares	28	ESI	Preta	Babá	Solteira	R\$1200 (um salário-mínimo)	Pojuca

Fonte: Elaborado pela pesquisadora através de dados retirados da pesquisa 2022

* (ESC) ensino superior completo; (ESI) ensino superior incompleto; (EMC) ensino médio completo; (EMI) ensino médio incompleto; (EFC) ensino fundamental completo; (EFC) ensino fundamental incompleto.

Os dados sociodemográficos apresentados coadunam com os apontados em publicações anteriores. Onde referem que quase (80%) dos cidadãos brasileiros que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde se autodeclararam negros (pretos e pardos). Outro dado relevante é sobre o poder econômico, a maioria são de pessoas com renda média de um quarto do salário mínimo, com atividades atreladas a trabalhos informais (BRASIL, 2017; IBGE, 2029).

No que tange a saúde reprodutiva, a maioria das mulheres estava na sua primeira gestação (56%,) sendo que (60%) delas estavam vivendo o seu primeiro parto, dessas mulheres (20%) já haviam tido um ou mais abortos. Sobre a via de parto, (76%) das participantes tiveram partos vaginal, dessas (52%) tinham histórico de comorbidades na gestação atual. Entre os dados obstétricos outro que chama a atenção é o que se referia a parir na maternidade de referência, (64%) das mulheres relataram que não tiveram acesso assegurado nas maternidades indicadas pelos serviços de pré-natal. Vale ressaltar, que essa é uma das estratégias proposta pela Rede Cegonha para garantir maior segurança e confiança. As unidades de pré-natal devem proporcionar, sempre que possível, a visita das gestantes à maternidade de referência, fortalecendo assim, o vínculo de confiança entre o serviço e a mulher (BRASIL, 2013).

Quadro 2 - Caracterização obstétricas das participantes da pesquisa. Salvador, Bahia, 2022

Características	N (número)	% (por cento)
Nº de gestações		
Gestação 1º	13	52%
Gestões 2º	09	36%
Gestões 3º	01	4%
4º ou mais gestações	02	8%
Nº de abortos		
Sim	05	20%
Não	20	80%
Tipos de parto		
Vaginal	19	76%
Cesariana	06	24%
Patologia na gestação		
Sim	13	52%
Não	12	48%
Pariu na mat. Referência (peregrinação)		
Sim	16	64%
Não	09	36%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora através de dados retirados da pesquisa 2022

Segundo os resultados obstétricos que dizem respeito a procedimentos assistenciais considerados tecnocráticos e que podem ser caracterizados como violência obstétrica, (60%)

das mulheres informaram que não tiveram explicações dos procedimentos realizados, durante a assistência ao trabalho de parto e parto. (38%) das mulheres referiram não terem recebido dos profissionais que as atenderam pedido de autorização verbal para realizarem procedimentos invasivos em seus corpos. Das mulheres participantes (8%) informaram terem sido realizado no momento do parto a manobra de Kristeller. De acordo com a OMS e a ONU, procedimentos assistenciais não consensuais, falta de informação sobre o tratamento, falha em obter consentimento relatado, e a prática da realização da manobra de Kristeller são consideradas como manifestações de maus tratos e violência de gênero (OMS, 2015; ONU, 2019).

Quadro 3 - Informações obstétricas sobre procedimentos e rotinas assistenciais considerados tecnocráticos e/ou violentos. Salvador, Bahia, 2022

Informações	N (número)	% (por cento)
Presença de acompanhante de livre escolha		
Sim	23	92%
Não	02	8%
Dieta Zero		
Sim	06	24%
Não	19	76%
Liberdade de movimentação		
Sim	23	92%
Não	02	8%
Raspagem dos pelos pubianos		
Sim	0	0%
Não	100	100%
Analgesia farmacológica		
Sim	0	0%
Não	100	100%
Explicação dos procedimentos antes da realização		
Sim	10	40%
Não	15	60%
Pedido de autorização verbal antes de realizar procedimentos		
Sim	12	48%
Não	13	52%
Realização de Episiotomia		
Sim		
Não	01	4%
	24	96%

Realização Manobra de Kristeller			
Sim	02	8%	
Não	23	92%	
Amarração dos braços e pernas durante o parto			
Sim	23	92%	
Não	02	8%	
Curagem de Rotina			
Sim	0	0%	
Não	100	100%	

Fonte: Elaborado pela pesquisadora através de dados retirados da pesquisa 2022

O atual modelo de atenção obstétrica utilizado no Brasil ainda está em desenvolvimento segundo o padrão biomédico, no qual são priorizadas intervenções no processo fisiológico do parto e nascimento, caracterizado como modelo tecnocrático. É preciso mais investimento do setor público com foco na instrumentalização de informação para as mulheres, qualificação de profissionais e acessibilidade aos serviços de saúde, possibilitando assim, a redução do número de intervenções obstétricas desnecessárias e a morbimortalidade por iatrogenia. Refletindo diretamente na melhoria e qualidade na saúde das mulheres e de seus recém-nascidos (SANTANA et al., 2019)

Com vistas a responder os objetivos centrais deste estudo, iremos a seguir adentrar nas falas das mulheres participantes desta pesquisa. Para isso, foram organizadas e categorizadas conforme passos metodológicos anteriormente descritos.

4.2 PERCEPÇÃO DAS MULHERES A RESPEITO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RELAÇÃO COM RAÇA, GÊNERO E CLASSE

Nesta primeira categoria, iremos discutir a percepção das mulheres a respeito da violência obstétrica, a partir dos depoimentos, encontramos uma gama de resultados que puderam ser divididos em subcategorias com falas pautadas na relação da violência e os marcadores sociais de raça, classe e gênero. Essas subcategorias emergiram para melhor elucidação e compreensão do objeto de pesquisa.

Para a Freud a experiência perceptiva é comumente concebida como um efeito do objeto ou evento da vivência com o mundo externo. Entretanto, o conhecimento perceptivo não precisa ser consciente. Segundo a teoria freudiana, a percepção endopsíquica funciona como uma espécie de percepção inconsciente, presente no psiquismo (COELHO, 1999). Já a percepção, para a neurociência refere-se à capacidade dos seres humanos, de associar as informações

sensoriais à memória e à cognição, de modo a formar conceitos sobre o mundo (OLIVEIRA, 2013).

É importante abordar os conceitos de percepção para ilustrar que o intuito desta análise não é extrair desses relatos a descrição acadêmica e epistemológica da violência obstétrica, mas sim, conseguir compreender como é percebida a experiência da violência obstétrica pelas mulheres que viveram esse fenômeno.

[...] violência obstétrica é toda violência feita a mulher gestante, no trabalho de parto, durante o parto, no pré-natal, que venha de alguma forma machucá-la, agredi-la, ir contra a suas crenças [...] é [...] intervenções também no corpo da mulher sem o consentimento ou sem as informações devidamente ditas, explicadas. (Aqualtune)

As mulheres atribuíram a violência obstétrica a uma série de condições consideradas degradantes, humilhantes, desrespeitosas e abusivas que se aglutinam gerando violência. Ela é sofrida durante a trajetória reprodutiva de mulheres e pessoas com útero, evidenciada por situações de maus tratos, vexatórias, negligência na assistência e ou discriminação.

Eu creio que é quando cortam, quando forçam uma cesárea, alguma coisa assim, para ter uma intervenção que não é necessária. (Dandara de Palmares)

É quando o médico faz algo que é desrespeitoso com a paciente, tipo palavrões, difamação, coisas parecidas assim. (Maria Felipa)

A violência contra a mulher durante a assistência ao parto em centros de saúde e outros serviços de saúde reprodutiva é um fenômeno generalizado e sistemático. Segundo a OMS, a violência obstétrica não viola apenas o direito das mulheres a cuidados respeitosos, mas também pode comprometer seu direito à vida, à saúde, à integridade física, à liberdade e a não discriminação (ONU, 2019; OMS, 2015).

De acordo com as evidências a violência obstétrica não possui um conceito estático, e muito do que se apresenta na sua construção, advém da concepção de mulheres e grupos de ativismo sobre o que seria uma assistência indigna e abusiva. Desta forma, é fundamental, no âmbito da produção epistêmica, reconhecer que os conceitos não existem no vácuo. Antes, eles se relacionam intimamente com as práticas sociais e cotidianas da vida reprodutiva de mulheres e meninas. Portanto, essa discussão não pode ser fruto de um debate puramente filosófico, pois pertence a dimensão interdisciplinar. É importante fomentar os debates não apenas no campo da epistemologia social, mas também no sentido de gerar reflexões para a melhoria da assistência à mulher na sua vida reprodutiva (GABRIEL, 2020).

[...] violência obstétrica é uma violência contra as pessoas [...] que muitas pessoas são cruéis com outras, aí faz violência, faz maldade, quando está passando alguma coisa dentro de casa ou mesmo um espírito do mal entra nela e quer fazer mal em outras pessoas, é isso que eu penso. (Adelina)

Eu acho que é quando a pessoa está aqui e não tem assistência [...] tipo, ela é tratada com arrogância, maus tratos, essas coisas, isso também é uma violência para mim. (Sueli Carneiro)

A violência contra a mulher na assistência obstétrica é tão normalizada que sequer é tratada como violência. É invisibilizada e abordada com descaso, dificultando seu reconhecimento social. Recentemente o Ministério da Saúde Brasileiro liberou a nova edição da Caderneta da Gestante, trazendo nesta, alguns pontos, que defendem a chancela de práticas consideradas como violência obstétrica, em um texto chamado “o SUS e a cultura da paz nas maternidades” (BRASIL, 2022). Neste sentido, podemos dizer que a violência obstétrica é também uma violência estatal, porque órgãos e agências reguladoras de saúde do país que deveriam resguardar e estabelecer limites legais para fomentar uma cultura de não violência às mulheres nas suas vidas reprodutivas, servem como impulsionadores de práticas atrozes.

Assim verifica-se que a violência obstétrica constitui um problema de saúde pública no Brasil, onde a busca para o seu enfrentamento requer múltiplos esforços e a participação de diferentes atores sociais, tais como, o poder público, a sociedade civil e os profissionais envolvidos na assistência obstétrica. O combate deve levar em conta a resolução de problemas estruturais e as raízes da violência contra as mulheres nos serviços de saúde reprodutiva. É importante que o Estado cumpra suas obrigações frente aos direitos humanos, desenvolvendo leis, políticas e implementação de estratégias nacionais que garanta os direitos reprodutivos das mulheres (DINIZ, 2015; TESSER et al., 2015; SENA, 2017).

4.2.1 Situações relacionadas a raça, que funcionam como disparador de violência obstétrica

Quando questionadas sobre relação da violência obstétrica e do racismo, as mulheres demonstraram em suas narrativas, diferentes formas percebidas por elas, de práticas consideradas racista e como são expressas através das relações estabelecidas no ambiente de assistência obstétrica.

Sim, com meu companheiro que usa dread no cabelo [...] fomos ignorados principalmente no centro cirúrgico que não o deixaram entrar [...]. (Aqualtune)

Neste relato, Aqualtune afirma que ela e seu companheiro, um homem negro e que usa dreadlock no cabelo, experimentaram preconceito por ocasião da sua condição obstétrica. A entrevistada traz o sentimento de serem ignorados na instituição.

Historicamente, o cabelo de pessoas negras funcionou como meio de práticas discriminatórias raciais. Onde o cabelo representava uma das mais poderosas marcas de desvalorização e inferiorização das pessoas escravizadas, um símbolo de primitividade. O desprezo às características biológicas de pessoas pretas é uma das marcas do racismo, que ao longo do tempo foi utilizado como forma de controle e apagamento da negritude (FANON, 2020; KILOMBA, 2019).

Com o tempo e as ações afirmativas de movimentos negros em todo o mundo, o cabelo torna-se uma forte marca identitária, simbolizando um dos instrumentos da consciência política entre os africanos da diáspora. As mais variadas formas de usar o cabelo crespo natural reverbera uma forma em ato político de fortalecimento racial e autoafirmação, contra a opressão estética imposta ao longo de gerações (KILOMBA, 2019).

Sim, meu marido é preto [...] moreno. Ele veio ver o filho, não deixaram entrar, quando chamaram a assistente social eles deixaram, já é o fato da cor dele, por causa da cor dele, porque a mesma coisa aconteceu com outro pai de uma criança aqui. (Adelina)

É interessante perceber que nas narrativas relacionadas ao racismo, as mulheres conseguem observar melhor o preconceito vivido por seus companheiros, do que os vivenciados por elas. Deslocando seus próprios corpos pretos sobre a estrutura racista e hegemônica, impregnada nas práticas hospitalares, é possível que essa situação ocorra, por uma questão de autodefesa, pela vivência de habitar um corpo que historicamente é vilipendiado.

Para Fanon, o corpo consente sobre uma perspectiva localizada no mundo, a forma como nós vemos é impregnada das ideias cotidianas que nos atravessam. A percepção corpórea do não ser, é uma introjeção do embranquecimento, um estímulo ao auto ódio. Uma agressão que não se restringe apenas a autoimagem, mas sobretudo afeta a autoestima negra que por decorrência deturpa o próprio sentido do que significa ser humano. Ademais, o não-ser recorrer

e se submete a “máscaras brancas” como condição para se elevar ao pertencimento social. (FANON, 2020).

O racismo se nutre da supremacia branca e colonizadora, que serve como reproduutor de violências para os corpos negros. O resgate da autoestima e do senso de valor pela história do povo preto, é extremamente importante, apesar de não ser o suficiente para apagar os efeitos do racismo que está presente na subjetividade e no cotidiano dos negros e negras no nosso país. Se livrar da mazela impetrada pelo racismo é um trabalho que implica engrenagem social (VEIGA, 2019).

Poderia dizer descaso, por causa da cor? Por que com umas tinha tanto suporte, comigo nada? Por que sou de cor provavelmente? Fica a pergunta, entendeu. (Elsa Soares)

Em um estudo transversal realizado com 2.672 mulheres, sobre violência obstétrica realizados em quatro países, foi observado que em razão do racismo, algumas experiências de maus-tratos são mais subjetivas, portanto, difíceis de serem identificados por mulheres que vivenciam (BOHREN et al., 2019).

Os corpos de mulheres negras estão postos como invisíveis, apontados pela desimportância da vida segundo a racialidade que imprime, e determina o descaso e a desatenção para com esses corpos. Sendo estes, atravessados pela zona da desumanização corpórea e estereotipados pelo olhar colonizado. A invisibilidade estrategicamente utilizada pela branquitude é aquela em que define os termos da relação, uma dialética de apagamento racial cotidiano. Portanto é importante ressaltar que o racismo obstétrico dificulta o cuidado à saúde reprodutiva das mulheres negras, além de ser uma ameaça aos resultados positivos do parto (CARNEIRO, 2005; HOOKS, 2020, DEVIS, 2019).

4.2.2 Violência obstétrica influenciada pelos marcadores de raça e classe

As questões relacionadas à classe não faziam parte das perguntas que nortearam o objeto deste estudo, entretanto ela emergiu naturalmente nas narrativas das mulheres entrevistadas e assim compreendemos a importância de abordá-la neste estudo. Entretanto, vale ressaltar, que como a população total do estudo se autodeclarou negra, não temos como fazer uma análise do marcador de classe dissociado da raça.

Para estruturar a linha analítica deste estudo nos debruçamos sobre a epistemologia da interseccionalidade, que nos fornece subsídio epistêmico para compreender como raça, gênero e classe contribuem para estruturar as experiências que são vividas por mulheres negras.

Assim, a interseccionalidade se revela como uma teoria transdisciplinar que alcança a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque integrado. Refutando a hierarquização dos grandes eixos de opressão social que se encontram as categorias de raça, gênero e classe (BILGE, 2009).

É importante reconhecer a dimensão racial que a pobreza emprega no Brasil. Desta forma, é fundamental entendermos as dimensões da desigualdade existentes no país, e seu lugar histórico. Faz-se fundante que pensemos sobre o prisma da condição de credor social que o Brasil tem perante a população negra, frente ao capital gerado pela exploração do trabalho escravo, favorecendo a feminização da pobreza (CARNEIRO, 2011).

Segundo a pesquisa, a pobreza segue impondo seus efeitos de forma distinta sobre os corpos femininos, que permanecem em condições produtivas consideradas precárias. As mulheres experimentarem situações diversas de violências em espaços públicos em função de sua condição de gênero. E apesar do rendimento das mulheres negras terem sido o que mais se valorizou nos últimos anos, a escala de remuneração manteve-se desigualmente inalterada em toda uma série histórica, onde: homens brancos têm os melhores rendimentos, seguidos de mulheres brancas, homens negros e mulheres negras (IPEA, 2017).

A gente é fraca de dinheiro, por isso que eles fazem esses maus-tratos, acham que não temos como fazer nada. (Adelina)

Sinto raiva desse lugar, porque eu não pude fazer nada e é uma coisa que a gente tem que ficar passando, porque somos de uma classe inferior e não tem como recorrer, infelizmente a gente tem que ficar, abafar e não fazer mais nada. [...] se eu tivesse poder, eu iria adiante e processava o hospital, mas eu não tenho financeiro, não tenho Inteligência para fazer essas coisas não. (Carolina De Jesus)

Essas coisas acontecem porque somos pobres, ninguém liga para a gente não[...]. (Ruth De Souza)

Esse discursos estão impregnados pelos sentimentos de invisibilidade, ancorados na perspectiva da classe, trazem consigo o pertencimento primário da raça. Aqui podemos observar

como os marcadores sociais se relacionam em uma estrutura opressiva de violência obstétrica que subjuga e vulnerabiliza as mulheres.

Muitas teóricas não atribuem a violência vivida por mulheres negras unicamente a opressão de classe, se opondo a teoria marxista, como foco fundante das desigualdades sociais de classe (DEVIS, 2018; CARNEIRO, 2005; HOOKS, 2020). Um exemplo disso, é o caso da tenista estadunidense Serena Williams, que sofreu no pós-parto e quase morreu devido a uma embolia pulmonar, que de acordo com ela se deu devido ao descaso da equipe que a assistia.

O nível socioeconômico elevado de mulheres facilita a adesão de bens de consumo e o acesso aos serviços. Mas, isoladamente, a condição socioeconômica ou o nível de escolaridade não necessariamente protege como as mulheres e os bebês negros do racismo obstétrico (DEVIS, 2019).

O racismo confunde-se com a dinâmica de classe como forma de dificultar a assistência obstétrica prestada às mulheres negras. Estudos mostram que mesmo as mulheres afrodescendentes quando pertencentes à classe média, correm um risco muito maior de parto prematuro do que as mulheres brancas de baixa renda nos Estados Unidos. Dána Ain Davis, analisa esse fenômeno, colocando as diferenças raciais nos resultados do nascimento em um contexto histórico, revelando que a cosmovisão dos prestadores de assistência à mulher na saúde reprodutiva, foram influenciadas pelo legado da colonialidade (DEVIS, 2019).

4.2.3 Gênero como disparador da Violência

Nesta subcategoria iremos compreender como as mulheres percebem a questão do gênero atrelados a violência obstétrica.

O gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e ações sociais. As disparidades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais (SAFFIOTI, 2015; SCOTT, 1995).

A violência de gênero se define como qualquer tipo de agressão física, psicológica, sexual ou simbólica contra alguém em situação de vulnerabilidade devido a sua identidade de gênero ou orientação sexual (BRASIL, 2006). Essa violência decorre da organização social estruturada no gênero, que privilegia o masculino denominado como patriarcado (SAFFIOTI, 2015).

[...] a maioria das pessoas que estão nesse cenário são mulheres, e muitas delas estavam insensíveis eu meu atendimento. Essas mulheres deveriam estar fortalecendo as outras mulheres a vivenciarem o protagonismos de seus partos e não ajudando a colocar as mulheres em uma posição de submissão[...]. (Aqualtune)

[...] Jo homem as pessoas respeitam [...]. (Acotirene)

Se a violência obstétrica é uma violência que afeta a vida reprodutiva de mulheres e pessoas com útero, ela pode ser definida sobretudo como uma violência contra a mulher. É importante ressaltar que a violência de gênero é um fenômeno que atinge as mulheres de formas distintas. Desta forma, violência obstétrica é considerada como violência de gênero por basear-se, fundamentalmente, no tratamento desumano dispensado à mulher, fruto de construção social histórica e extremamente sexista e patriarcal (DINIZ, 2015; ONU, 2019).

Eu acho que esperam que a gente seja a mulher maravilha e que aguente tudo, mas não é assim. Cada mulher sente de um jeito. (Dandara de Palmares)

[...]mulher sofre mais com certeza, com certeza absoluta [...]. (Carolina De Jesus)

Mulher é o sexo frágil, você está ali só, exposta a todo tipo de tratamento, é bem complicador, constrangedor. (Elsa Soares)

Os estereótipos de gênero são prejudiciais na assistência à saúde reprodutiva, por ser impregnada de preconceito em relação à percepção que os profissionais têm sobre a competência na tomada de decisão, a autonomia e a agência individual das mulheres decidirem sobre seu próprio bem-estar. Esses estereótipos surgem de fortes crenças e ideias religiosas, sociais e culturais sobre sexualidade, gravidez e maternidade. Essa dinâmica de poder na relação entre os profissionais de saúde e os pacientes é outra causa de maus-tratos e violência que é agravada pelos estereótipos de gênero sobre o papel da mulher (COOK, 2010).

A assistência prestada à mulher é carregada de preconceitos sociais que gera desvalorização e submissão da mulher, atravessadas pelas ideologias médicas forjadas pelo sexismo se tornam práticas naturalizadas na cultura hospitalar. Essas dinâmicas discriminatórias favorecem as condições de existência e perpetuação da violência de gênero no ambiente obstétrico, mas vale ressaltar que não deve ser compreendida apenas como reflexo das precárias condições de trabalho dos profissionais (ZANARDO et al., 2017).

Frente ao exposto pelos relatos, o que se evidencia é a dialética que as mulheres percebem na dinâmica de serem violentadas por outras mulheres, ao contrário de servirem como pôndes para favorecerem o empoderamento e protagonismo.

4.3 PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA RELACIONADA À: SITUAÇÕES QUE AGRIDAM A INTEGRIDADE FÍSICA, MORAL E PSÍQUICA DE MULHERES

Esta segunda categoria está relacionada a percepção das mulheres sobre as situações de violência obstétrica relacionada a procedimentos considerados coercitivos, abusivos, de caráter humilhante, desrespeitoso, negligente e omissos, que foram experimentados por elas durante a assistência obstétrica.

4.3.1 Violência obstétrica relacionada à: condutas coercitivas, não consensuais ou abusivas fisicamente

A assistência respeitosa à mulher na sua trajetória reprodutiva e em especial na assistência ao parto tem sido descrita como problemática em caráter global. Essa violência fere o direito humano das mulheres, os princípios éticos humanitários, a dignidade, as escolhas e preferências (BOHREN et al., 2014; ONU, 2019). O desrespeito e o abuso durante o parto infringem princípios básicos, além de violar obrigações fundamentais que o Estado tem no fornecimento a uma assistência digna às mulheres (FREEDMAN, 2014; ONU, 2019).

[...] foram feitos muitos exames de toque e todos sem o meu consentimento, a enfermeira que estava me acompanhando me examinou e na mesma hora a médica repetiu o exame, o valor do toque era o mesmo que a enfermeira viu [...]. (Aqualtune)

A realização de exame vaginal digital é recomendado em um intervalo mínimo de quatro horas, devendo ser realizada idealmente por um único examinador e sempre sobre o consentimento verbal da mulher (OMS, 2018).

Nesta fala podemos observar como ela se sentiu invadida e violentada, pelo exame realizado pela médica sem o seu consentimento.

[...] aí as médicas tiveram que me “ajudar”, porque o bebê não queria nascer não... Eu estava sofrendo com as dores, ela perguntou se poderia me dar uma ajudinha... aí

eu disse que sim. Aí ela fez as coisas (episiotomia e kristeller) e a bebê nasceu [...]. Ficou roxa e eu não a vi logo, ela ficou no berço e eu tive um sangramento. (Luiza Mahín)

Práticas rotineiras na assistência obstétrica já vem sendo rechaçada há muitas décadas no que tange o cuidado à mulher no parto. Seus malefícios foram demonstrados em múltiplas pesquisas científicas e sua utilização foi desaconselhada por agências reconhecidas internacionalmente (LEAL, 2014, BRASIL, 2017, OMS, 2018).

A Organização Mundial da Saúde, desenvolveu uma classificação para uma série de práticas utilizadas na assistência de forma rotineira na condução ao parto normal, em serviços de saúde. Essa publicação buscava orientar condutas obstétricas que deveriam ou não serem feitas no cuidado ao parto. Neste documento, a agência apontava para “práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até mais pesquisas” e para “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas”. Vale indicar, que esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas em caráter mundial (OMS, 1996).

Mas apesar de inúmeras publicações científicas realizadas ao longo de décadas. A assistência à mulher durante o período reprodutivo segue sendo pautada, em condutas discriminatórias, abusiva, violenta, com foco em preceitos racistas, machistas e opressivos.

[...] ele já chegou fazendo exame de toque, a cabeça já estava na frente, ele falou- ‘Mãe, você está ficando sem força, vou passar um remediozinho (ocitocina), pode?’ Só que no processo que ele foi buscar, voltou, a cabeça já estava do lado de fora, então nem precisou. (Chica da Silva)

A médica que estava, a obstetra, muito ignorante mesmo. parto em si já dói, imagine o parto induzido [sic], a médica com o dedo lá dentro para você fazer força. Não tem lógica, ela ainda achou ruim porque eu disse que não queria que fosse assim, ela simplesmente deu as costas e me deixou lá sozinha [...]. (Ruth De Souza)

O uso de qualquer conduta só deveria coexistir se amparada e justificada por evidências científicas de seus benefícios, principalmente em práticas mutilantes como o caso da episiotomia. Seu uso rotineiro configura-se como violência obstétrica agravada quando há uma omissão de informações à mulher (BOWSER, 2010). A ONU (2019), em seu relatório, traz que

se não for necessário ou feita sem o consentimento informado da mulher, pode ter efeitos físicos, psicológicos, acarretar morte, além de constituir violência de gênero, classificado como um ato de tortura, tratamento desumano e degradante.

A episiotomia e a sutura pós-parto, quando realizadas sem consentimento informado e sem anestesia, podem ter repercussões significativas na vida sexual, reprodutiva e na saúde mental da mulher. As cicatrizes decorrentes dessa prática acompanham a mulher por toda a vida. Quando esta prática não é justificada, deve ser considerada uma violação dos direitos da mulher e uma forma de violência de gênero contra a mulher (BOHREN et al., 2019).

[...] eu saí do quarto eles falando que estavam me levando para a sala da cesariana, chegando lá eles não fizeram a cesariana, ficaram forçando um parto normal, eu já anestesiada. Ficaram apertando meu abdome (Kristeller), dizendo que eu era jovem demais. Eu falei a ele que eu estava desfalecendo, que eu não estava aguentando mais e eles continuaram. (Carolina De Jesus)

[...] Ja médica na hora quando foi enfiar o dedo para fazer o toque veio muito grossa, tipo com ignorância, sabe? (Ivone De Lara)

A prática de pressão manual sobre o fundo uterino durante a segunda fase do trabalho de parto, também conhecida como manobra de Kristeller, não é recomendada pela OMS, revisão sistemática que incluiu nove ensaios, envolvendo 3.948 mulheres, revelou ser ineficiente para a expulsão fetal. As preocupações relativas à prática de pressão fundiária devem-se à possibilidade de danos graves. A aplicação de força excessiva e descontrolada podem ocasionar em ruptura uterina e de outros órgãos e morte materna e perinatal (OMS, 2018).

Para a ONU (2019), a pressão no fundo do útero é desaconselhada e considerada como abuso físico, tortura e violência de gênero. No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem, veta a participação de profissionais de enfermagem na realização da manobra de Kristeller, a uma proibição é publicada pela portaria COFEN nº 338/2016 (COFEN, 2016). Há ainda, na diretriz nacional para assistência ao parto normal, que a manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto (BRASIL, 2017).

No que se refere a utilização rotineira e não criteriosa da ocitocina no trabalho de parto, uma estudo revelou que a estimulação do parto com ocitocina não deve ocorrer de forma sistemática. Pois pode ser prejudicial tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Os resultados indicam que o uso de ocitocina está associado ao aumento das taxas de cesariana,

uso de analgesia peridural e febre materna intraparto, tanto em primíparas quanto em multíparas. Além disso, foi observada associação significativa entre estimulação com ocitocina e baixos valores de pH do sangue do cordão umbilical de recém-nascidos de mães primíparas (LOPEZOSA et al., 2016).

Os relatos das mulheres estão impregnados de violências e práticas consideradas ultrapassadas e abusivas. É importante, observar que alguns discursos as mulheres trazem a ação violenta como uma “ajuda” prestada pela profissional. Porque, apesar de atroz, esse é o cuidado que as mulheres vêm recebendo ao longo de gerações, corrompendo a percepção e levando a uma falsa ideia de normalidade.

Essa violência que parece quase “consentida”, nada mais é, que violência simbólica, caracterizada pela relação vertical de poder, pautada na coerção do violentador com a pessoa que sofre a violência. Essa relação complexa de interdependência se dá, por meio de um discurso dominante e naturalizado de poder (BOURDIEU, 1997).

A violência simbólica se ampara nas relações em que o saber biomédico se materializa na hierarquia unilateral através da dinâmica entre profissional de saúde e paciente. Assumindo uma forma de controle sobre o corpo objetificado, para exercício da sua prática.

4.3.2 Humilhação e desrespeito, como gerador de desamparo

A preocupação com as situações humilhantes e desrespeitosas vivenciadas pelas mulheres durante o parto tornou-se fundamental para o discutir qualidade na assistência prestada na saúde materna.

A humilhação, que é definido como um rebaixamento moral ou desrespeito, que se situa na ação de menosprezar a vítima, rebaixar, afrontar, diminuir a pessoa à coisificação. Na maioria das vezes, as práticas de humilhação não são tornadas públicas pelo fato de a sua prova ser de difícil constatação ou pelo próprio desejo da vítima de esconder o seu sofrimento, ocasionado pela vergonha sentida (FERREIRA, 2014; ALENCAR, 2007).

De acordo com a OMS, no mundo inteiro, muitas mulheres sofrem humilhação, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso como também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação (OMS, 2014).

Após a anestesia, uma mulher que havia entrado na sala, sem mencionar nenhuma palavra a mim, começou a esfregar minha barriga com uma escova transparente, outra pessoa introduziu uma sonda em minha vagina.

Ninguém falava comigo para explicar o que estavam fazendo em meu corpo. Não se apresentaram, não me perguntaram como eu estava me sentindo, não me explicaram a necessidade dos procedimentos que estavam sendo feitos [...]. (Aqualtune)

A dor física é de ter me sentido desamparada e desrespeitada [sic], minha mãe chorava muito e a médica gritou ela também [...]. (Zeferina)

O parto é que foi horrível, bem horrível, não entendi nada aquela médica me mandando eu deitar, daquela forma no chão. Ela foi grossa comigo, mas acho que não precisava, estava conseguindo parir na cadeirinha, as enfermeiras estavam me ajudando [...]. Não entendei, mas ela disse que meu bebê estava sofrendo, então eu obedeci e deitei no colchão. Mas eu não gostei me sentir desrespeitada. (Acotirene)

Observe que os relatos, apesar de empregarem características distintas entre si, trazem consigo a mesma percepção de desrespeito apontadas pelas mulheres.

A assistência não digna durante o parto é descrita como uma ação humilhante de cunho intencional, que pode promover culpabilização, tratamento rude, gritos, divulgação pública de informações particulares do paciente e a percepções negativas do cuidado recebido. Os cuidados humilhantes e desrespeitosos podem ser muito específicos em cada contexto, de acordo com as vivências culturais de cada pessoa. Em contraste com formas mais evidentes de violência obstétrica, como bater ou abandonar os cuidados, as características definidoras da subcategoria de cuidados humilhantes e desrespeitosos podem ser mais sutis e específicas a depender do contexto (BOWSER, 2010).

A assistência humilhante e desrespeitosa situa-se dentro das desigualdades de gênero. O preconceito e a discriminação de gênero são particularmente agudos na prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva. Não é surpreendente, então, que em contextos de considerável desigualdade de gênero, assim não é incomum que o momento do parto e nascimento, seja um disparador de julgamentos morais sobre a sexualidade das mulheres (SEN et al., 2018).

4.3.3 Agressão verbal, como uma questão de violência obstétrica

Segundo estudos, abuso verbal como: gritos, insultos e xingamentos são uma das principais formas de expressão da violência psicológica no cenário da assistência obstétrica no Brasil (VENTURINI, 2013; LEAL et al, 2014; LANSKY et al, 2019).

A violência verbal é uma agressão cruel, de caráter vexatório, considerada uma violação ao direito humano das mulheres e a sua dignidade. Essas práticas podem causar danos e sofrimentos psicológicos, além de constituir violência psicológica contra a mulher (ONU, 2019).

É seu segundo filho, você tem que aguentar dor, você já passou por isso'; 'Você não é mãe de primeira viagem, então não tem que está fazendo escândalo, não tem que chorar, não tem que gritar, aguente a dor'[...]. Elas ficavam me dizendo. (Dandara de Palmares)

[...] 'Ah mãe, é assim mesmo'; 'Eu não posso fazer nada, você está em trabalho de parto'. A equipe que eu estava sob atendimento foi péssima. [...] Depois tem ainda a piadinha: 'Ano que vem você está aqui', 'Você gostou[...]' e sendo que não é essa a verdade. (Chica da Silva)

Para eles, eles acham que tudo é normal. Ficam tipo com umas piadinhas sem graça: 'Procurou, agora tem que aguentar', então isso aí você vai ficando se sentido mal... Eu mesma estou ali, tem dias que eu me desabo no choro[...]. (Tereza De Benguela)

Para algumas mulheres, a ofensa verbal constitui uma agressão emocional tão grave quanto a agressão física, porque abalam a autoestima, segurança e confiança em si mesma. As mulheres que sofreram violência verbal no parto tiveram um risco quase seis vezes maior de desenvolver depressão pós-parto do que as mulheres que não sofreram. Também houve interação entre violência verbal por profissional de saúde com relação a raça da mulher, sendo mais prevalente entre as mulheres negras (SOUZA et al., 2017).

Abuso verbal incluiu o uso de linguagem áspera ou grosseira, comentários condenatórios ou acusatórios, ameaças de resultados ruins ou suspensão do tratamento, é o que diz uma revisão sistemática feita com dados globais. Os resultados revelaram que as mulheres que eram de um nível socioeconômico mais baixo, que eram negras, imigrantes ou pertencentes à minoria étnica, eram chamadas por insultos depreciativos durante o parto. Os profissionais de saúde também ridicularizaram e advertiram as mulheres por certos comportamentos, como a incapacidade de amamentar, a falta de atendimento pré-natal e a ausência do parceiro durante o parto (BOHREN et al., 2015).

Os relatos apresentados pelas mulheres, trazem consigo uma dimensão das experiências negativas de parto, dialogando assim, com o que as pesquisas vêm apresentando. A violência verbal está atrelada ao abuso psicológico, que podem acarretar vários danos psicoemocionais para as mulheres que as vivenciaram.

4.3.4 Desrespeito a autonomia da mulher durante a assistência ao parto

Essa subcategoria diz respeito à percepção que as mulheres tiveram em suas experiências de assistência sobre a falta de autonomia.

A autonomia, diz respeito à capacidade de uma pessoa em decidir e opinar sobre os fatos que ocorrem no caráter pessoal. Enquanto amadurecimento do processo de ser para si, é o método, de vir a ser, portanto faz parte do processo individual de cada ser existir no mundo. Assim, o respeito à autonomia é sobretudo, respeitar a dignidade individual. Um imperativo ético nas relações, não devendo ser confundida como um favor que podemos ou não conceder uns aos outros (FREIRE, 2010).

As mulheres relataram sentir-se despojadas de sua dignidade durante o parto devido à objetificação de seus corpos pelos profissionais de saúde. A autonomia e a dignidade da mulher durante o parto devem ser respeitadas, e seus profissionais de saúde devem promover experiências positivas de parto por meio de cuidados respeitosos, dignos e de apoio, bem como garantindo cuidados clínicos de alta qualidade (BOHREN et al., 2015).

Em uma pesquisa realizada nos EUA, com 1.672 mulheres, observou-se que as mulheres assistidas por profissionais médicos, eram mais propensas a relatarem maior insatisfação quanto ao seu envolvimento na tomada de decisões. Em outro estudo multicêntrico, com 2.138 mulheres, o resultado revelou que mulheres negras exercem pouca autonomia na tomada de decisão, além de sofrerem mais pressão para aceitar intervenções dos provedores de assistência, o que por si só constitui a violência obstétrica (VEDAM et al., 2017; VEDAM et al., 2019).

Simplesmente eu não tive nenhuma autonomia sobre meu corpo e nenhum protagonismo no nascimento do meu filho. Me senti um pedaço de carne, sem vida, sem dignidade sobre uma maca [...] (Aqualtune)

[...] minha mãe estava filmando o meu parto. Ela (a médica) mandou minha mãe desligar a câmera, mas o parto era meu e eu queria muito registro. (Zeferina)

[...] eu não queria mais parir normal, eles viram e forçaram, isso é errado, está forçando um parto normal na pessoa por quê? Para uma morte vim? Para uma morte de mãe e bebê vim? (Adelina)

A privação sistemática ao direito à autonomia das mulheres quando entram em contato com uma unidade de saúde é considerando uma problemática mundial. Essa privação pode assumir muitas formas, desde as mais óbvias, como realizar uma operação sem o consentimento

da mulher, até algumas formas mais insidiosas, como por exemplo, a aplicação dos chamados "protocolos hospitalares" ou o uso do consentimento em formulário que as mulheres são obrigadas a assinar durante a admissão hospitalar. Esse documento permite que a equipe médica faça o que julgar necessário para a tomada de decisão, sem a necessidade de qualquer consentimento da mulher. Qualquer procedimento sem o consentimento informado da mulher constitui uma violação de seu direito ao gozo do mais alto padrão de saúde atingível (ONU, 2019).

Negar autonomia da mulher durante o processo de parto, aumenta seu desconforto e reduz sua satisfação com a vivência de parto. A autonomia das mulheres como receptoras de cuidados deve ser considerada em todos os contextos de assistências, assegurando assim, seu direito a vida e a dignidade (OMS, 2018; BOHREN et al., 2015).

4.3.5 Negligência na assistência ao parto, uma faceta da violência obstétrica

As situações que levam a falta de cuidados na prestação de assistência à mulher, funcionam como uma negação dos seus direitos à saúde plena e livre de riscos. Essa prática constitui violação de saúde. A negligência e atrasos no recebimento de cuidados, funcionam como uma barreira na confiança da mulher aos serviços de saúde (VEDAM et al., 2019, SANDALL et al., 2022).

O amparo à integridade corporal da mulher no parto deve ser um indicador chave na qualidade para o cuidado obstétrico, refletindo a mudança na compreensão do processo de nascimento proporcionado pela assistência à saúde baseada em evidências. As situações associadas a um maior risco de mortalidade e morbidade grave, materna e neonatal devem ser sempre minimizadas (DINIZ et al., 2012).

Nos relatos a seguir iremos observar como a negligência durante o parto podem acarretar situações inseguras para a mulher e o seu recém-nascido.

Meu trabalho de parto foi muito dolorido e sem assistência, malmente, às vezes vinha alguém para ver o coraçõzinho dela. Minha filha está passando agora por isso (UTIN) [...] Isso foi negligência do plantão, se eu tivesse uma assistência acho que teria tido ela e nada disso teria acontecido. Eu estou muito triste, ontem mesmo eu passei a noite toda chorando[...]. (Chica da Silva)

Depois de tudo que passei, virou uma cesárea de emergência. Quando Miguel nasceu não tinha água nenhuma mais, eu não consegui ouvir o choro, até eles aspirar um negócio no nariz dele. [...] ele teve sofrimento fetal na minha barriga e foi por culpa das médicas. Eu fiquei muito chocada pelo que eu passei, [...] eu e meu filho íamos morrer por culpa desses médicos negligentes. (Adelina)

[...] eu gritei: ‘Enfermeira, meu filho está saindo’, foi que aí que ela veio correndo, porque senão eu tinha tido o menino sozinha, uma negligência danada. [...] tempo que ele demorou, ele inalou um pouco do cocô [...], aí o pulmãozinho dele parou, o coração dele parou, teve que reanimar, ficou intubado (UTIN) durante quatro dias[...]. (Ruth De Souza)

Em uma pesquisa de recorte transversal, realizada na Jordanianas, os resultados apontaram que 32,2% das mulheres relataram negligência durante a assistência ao parto. Essas vivências de negligência estão relacionadas a desfechos negativos, que repercutem diretamente no bem-estar psicológico, emocional e físico das mulheres (LZYOUD, et al., 2018).

Observou-se que as mulheres que sofreram violência por negligência no parto tiveram um risco sete vezes maior de desenvolver depressão pós-parto do que as mulheres que não sofreram. Considerando a raça, o risco de desenvolver depressão é 19,69 vezes maior. Outro fator que se associa a negligência e o risco de desenvolver depressão pós-parto é a idade, quanto mais jovens, maior é o risco de desenvolver depressão (SOUZA et al., 2017).

As mulheres pretas sofrem mais com a negligência, recebendo menos orientação sobre o início do trabalho de parto e sobre possibilidades de gravidez. Ainda, são menos propensas a terem acesso quando necessário a uma cesariana em momento oportuno, e recebem mais intervenções dolorosas no parto vaginal, em comparação às mulheres brancas (LEAL et al; VEDAM et al., 2019).

O parto espontâneo em um ambiente centrado na mulher é atualmente um raro privilégio das classes altas. No que tange as hierarquias reprodutivas, a vivência da maternidade para as mulheres negras é paradoxal, ao ponto que elas experimentam desde o momento da concepção, até o parto e a maternagem, atravessamentos por ausência das políticas públicas com foco no combate às injustiças sociais. A vivência da maternidade para essas mulheres é envolta em um contexto de respeito, desproteção e negligências. É fundamental a garantia do exercício dos direitos humanos para a construção de uma sociedade melhor (DINIZ et al., 2012; MATTAR, 2012).

4.3.6 Abandono no parto: sozinhas e sem ninguém para ajudar

Nesta subcategoria iremos abordar a percepção das mulheres sobre o sentimento de abandono durante o segundo estágio de parto, o período expulsivo.

No segundo estágio do trabalho de parto a assistência, é de extrema importância para a garantia do bem-estar materno e fetal, havendo necessidade de apoio irrestrito por parte da equipe de saúde, através do contato humano, de pessoal treinado e que possui competência técnica baseada na melhor evidência disponível (BRASIL, 2017; OMS, 2018).

Eu senti que a minha filha já estava encaixando para sair, comecei a gritar e mesmo assim ninguém apareceu. Uma enfermeira passou e minha mãe chamou. Quando a enfermeira olhou, viu a cabeça da minha filha já coroadinha, começaram a gritar todo mundo, aí que apareceu um monte de gente. (Tereza De Benguela)

A assistência à mulher deve ser focada no cuidado e comunicação respeitosas no parto. As práticas para esse período devem garantir a qualidade e segurança para mulher e seu recém-nascido.

Assim, algumas condutas devem ser fornecidas durante a assistência à mulher para garantir melhores resultados no parto, é importante fornecer cuidados de suporte contínuos no esquema de um profissional para cada mulher atendida; realizar monitoramento do progresso do parto e saúde materna e fetal; incentivar as mulheres a adotarem medidas não farmacológicas para o alívio da dor; incentivar ao uso de posições verticais e confortáveis durante o parto; informar as mulheres sobre a importância dos puxos espontâneos; realizar o manejo ativo no terceiro período; além de incentivar e apoiar o início da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido (KOPAS, 2014; MILLER et al., 2016; OMS, 2018).

Eu tive sozinha, não tinha nenhum médico dentro da sala porque eles disseram que a criança não ia nascer. Assim que eles saíram, minha filha nasceu, tanto que o pai ainda ficou revoltado porque quando eu fiz força, ela voou, quase que ela cai da cama porque com o impulso que eu fiz, ela foi para a frente e não tinha nenhum médico para poder segurar. (Na Agontimé)

O trabalho de parto foi doloroso porque eu ali praticamente sozinha, sem ninguém para me ajudar e foi um processo. Quando a cabeça do menino já estava já

saindo que vieram me ajudar. Eu sozinha praticamente [...] não só eu, mas como outras mães também que passaram por essa experiência, sozinha praticamente e ninguém ajudar. (Clementina De Jesus)

A assistência fisiológica e respeitosa no segundo estágio de trabalho de parto baseada em evidência científica, exige uma olhar atento e vigilante. O apoio, o suporte físico e emocional é de extrema importância para garantir a confiança da mulher. Mas é importante frisar, que essa a presença do profissional, não deve estar vinculada a necessidade de intervir. Pois quando pautada na perspectiva holística e das evidências, a equipe comprehende e dispensa a realização de intervenções desnecessárias (OMS, 2015; BRASIL, 2017; SANDALL et al., 2022).

As evidências atuais para o manejo do segundo estágio do trabalho de parto apoiam a prática do apoio contínuo fornecido por profissionais da assistência direta e indireta, em especial a doulas, além dos familiares. Em uma revisão sistemática, notou-se que as mulheres que recebem apoio emocional contínuo eram menos propensas a avaliar negativamente sua experiência de parto. Dos diferentes tipos de terapias de suporte, foram utilizadas, mas apenas as intervenções de suporte emocional mostraram-se efetivas nos sentimentos de abandono, esse suporte além de proporcionar acolhimento mostrou-se eficaz na redução de cesarianas e na utilização de analgesias farmacológicas durante o parto (MYERS et al., 2020).

Na hora de eu ter a minha filha eu acho que foi uma violência [...]. Pari sozinha, quando minha mãe viu que a menina saiu, minha mãe gritou a médica, aí ela veio só pegar a menina, mas não me ajudou em nada [...]. E aí eu fiquei sozinha depois, pegaram a minha filha, botaram a menina em cima de mim, depois elas pegaram e botaram na incubadora e minha filha foi para na UTIN. (Conceição Evaristo)

Para mim falta mesmo esse apoio da hora do parto. Eu praticamente estive só o tempo todo... minha filha nasceu sozinha, ela saiu acho que metade ela saiu só, porque minha acompanhante foi correndo chamar. As enfermeiras daquele plantão se perceber que você está gritando muito, elas não vêm até você, não vêm. Você está ali debilitada, você não sabe de onde tirar força e não tem uma pessoa para vim te dar pelo menos uma palavra. (Elsa Soares)

Nos relatos observou-se a violência pela omissão de cuidados nos momentos dos partos, ressalta nesse fato a vulnerabilidade enfrentada pelas mulheres, mesmo que aparentemente cercada por profissionais e dentro de um serviço de saúde.

O abandono da mulher durante a assistência ao parto, não apenas violam o direito das mulheres a cuidados respeitosos, como também pode comprometer seu direito à vida, à saúde, à integridade física. Pois, tal desamparo em um momento tão crítico, pode levar a complicações evitáveis e risco de vida para a mulher e o seu recém-nascido (OMS, 2015; ONU, 2019).

Os sistemas de saúde precisam garantir que todas as mulheres recebam cuidados de alta qualidade, baseados em evidências, equitativos e respeitosos. É importante, que esses cuidados sejam oferecidos no momento certo e prestado de uma maneira respeitosa, com vistas a proteção e promoção dos direitos humanos das mulheres. A má qualidade dos cuidados maternos limita os ganhos para melhores resultados maternos e perinatais (MILLER et al., 2016).

Esses relatos nos levam a refletir que apesar de todo aparato tecnológico presentes nas maternidades, as mulheres e seus recém-nascidos não estão livres de riscos. Pois a assistência prestada às mulheres segue omissas as reais necessidades inerentes a elas no momento do parto. Fortalecendo o imaginário negativo e a naturalizando práticas violentas, negligentes e discriminatórias no contexto obstétrico de mulheres e pessoas com útero.

4.4 CONDIÇÕES PRECÁRIAS NO SISTEMA DE SAÚDE, COMO CAUSAS ESTRUTURAIS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Iremos discutir nesta categoria como a estrutura física inadequada das maternidades, impacta diretamente qualidade na assistência sobre os serviços prestados às mulheres e como essas situações de infraestrutura precárias são questões de violência obstétrica perpetrados pelos Estados que regulam o sistema de saúde pública.

4.4.1 Estrutura física inadequada, como fator de precarização para a assistência obstétrica

Em vista, que a saúde é direito de todos e todas e dever do Estado, é de fundamental importância que este, promova, através de ações e serviços organizados, um sistema de saúde, capaz de prestar cuidados a mulher de forma equânime, digna e respeitosa. Visando um atendimento eficaz, seguro, transparente, baseado na escolha informada, livre de violências e que respeite os direitos das mulheres (BRASIL, 1988; BRASIL, 2017).

As experiências na trajetória obstétrica das mulheres na concepção das hierarquias reprodutivas são mediadas por construtos sociais, forjados nas relações de poder, exercida pelo Estado e seus agentes. Que muitas vezes, subjugam a mulher dentro de uma estrutura precária, com suporte mínimo para manutenção do exercício de sua saúde reprodutiva (MATTAR, 2012).

A estrutura aqui é horrível, assim que eu saí da sala de parto eu fui para um quarto que tinha um monte de janela aberta, um monte de gente se abanando com tampa de marmita e para mim aquilo ali [...] eu queria ir para casa, se eu pudesse sair correndo eu saia com minha filha, desumano. (Elsa Soares)

A sala que você fica aguardando seu filho na neonatal, não tem um banheiro, a gente tem que ficar dependendo dos quartos, todo mundo fica olhando assim para gente, com indiferença. É tanto que ninguém nem entra para limpar ali, humilhante. (Tereza De Benguela)

De acordo com as entrevistadas, essas condições inerentes a estrutura física do serviço de saúde em que elas se encontravam, trazem uma condição desumana e humilhante que dificultam suas manutenções na recuperação de saúde e impactam suas vivências de bem-estar e conforto dentro da unidade de assistência materna.

É obrigação aos Estados Parte da CEDAW, a garantia de qualidade dos serviços, a disponibilidade de bens e serviços de saúde materna, além da formação adequada do pessoal de saúde e equilíbrio de gênero entre os profissionais de saúde. Para isso, os Estados Parte devem dedicar o máximo de recursos disponíveis na garantia à saúde sexual e reprodutiva e adotar uma abordagem baseada nos direitos humanos para determinar as necessidades e alocações orçamentárias (ONU, 2008; ONU, 2011).

Aqui as mulheres são tratadas feito cachorro. Ah, minha filha aqui é muita coisa errada, viu? se você olhar o teto é todo mofado, para você tomar um banho, quando você sai do banheiro, você tem que andar devagar para você não escorregar, uma pessoa parida. O chão é todo escorregadio. (Ruth De Souza)

A infraestrutura nos serviços de saúde maternos, é uma questão que interfere diretamente na qualidade e segurança dos serviços de saúde, para o fornecimento de um cuidado digno e respeitoso para mulher e seu recém-nascido (FREEDMAN, 2014; SANDALL et al., 2022).

De acordo com a Resolução que regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica (RDC N36), os serviços devem promover ambiência acolhedora e ações de humanização da atenção à saúde. A rede cegonha preconiza que a ambiência física, deve estar relacionada a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

Portanto, podemos compreender a partir desses relatos, que a assistência prestada dentro de um serviço de saúde com infraestrutura precária, além de impactar na qualidade dos serviços de saúde prestados, facilita a insatisfação e a avaliação negativa das usuárias no sistema.

4.4.2 Peregrinação anteparto e a demora nos atendimentos obstétricos

Definisse-se por peregrinação anteparto como a busca por atendimento obstétrico em mais de um serviço de saúde, enfrentados pelas mulheres para conseguirem atendimento ao parto (MENEZES et al., 2006).

É sabido que uma melhor qualidade de assistência no momento do parto pode melhorar significativamente a sobrevida materna e do recém-nascido (SANDALL et al., 2022). Nesse sentido, é importante, primeiro assegurar as mulheres uma acesso oportuno e apropriado aos serviços de saúde, evitando à peregrinação em busca de cuidados.

Vale ressaltar, que embora o serviço de pré-natal, tenha o dever de assegurar a gestante o direito ao conhecimento, com intuito de fortalecer o vínculo e a confiança da mulher ao serviço de saúde. Uma pesquisa de abrangência nacional com 23.94 de participantes. Revelou que à vinculação prévia à maternidade de referência, ocorreu apenas em 58,7% dos atendimentos, e 16,2% das mulheres procuraram mais de uma maternidade para a admissão no parto (BRASIL, 2007; VIELLAS et al., 2014).

Para compreendermos como esse fenômeno e como ele afeta a vivência obstétrica das mulheres, iremos iniciar a apresentação das reflexões a partir dos depoimentos das participantes deste estudo:

[...] eu fui para Madre de Deus, disseram que não tinham um cirurgião para se caso eu tivesse uma cesárea. Eles falaram para eu vir para Salvador ou para São Francisco do Conde, mas em São Francisco estava a mesma coisa (sem médico) [...] um sofrimento andar de um canto para o outro para ser atendida. (Adelina)

A gente em trabalho de parto, sentindo contração ainda tem que esperar o médico [...] conseguir um leito para poder entrar [...]. E a gente está lá sentindo dor, ainda

tem que esperar, tem que esperar um leito para poder a gente parir. (Na Agontimé)

A peregrinação é uma problemática gerada pelo sistema de saúde que as mulheres enfrentam. A partir desses depoimentos podemos observar como as mulheres percebem a carência de vaga por leito obstétrico nos serviços e de que forma, essa situação pode gerar riscos de intercorrências ou complicações para mulher:

[...] essa demora pelo atendimento de um lugar para outro [...] foi até por isso que meu filho nasceu com problema de respiração, por isso que está na UTIN. E é uma demora muito grande por atendimento que enfrentamos, entendeu? (Clementina De Jesus)

A estrutura precarizada do sistema de saúde e a desarticulada da rede de atenção são condições que contribuem significativamente para a existência deste fenômeno. Como consequência, o tempo de acesso aos cuidados obstétricos interfere negativamente no desfecho materno no parto, mesmo em situações sem risco iminente de morte. A peregrinação para admissão durante o trabalho de parto, aumenta os riscos de complicações para a mulher e o bebê (LEAL et al., 2014; FRANCHI et al., 2020). Essa peregrinação afeta de formas distintas as mulheres. Sendo as mulheres negras as principais afetadas por esse evento (LEAL et al., 2014).

Neste sentido, é preciso compreender que o problema da peregrinação durante o trabalho de parto, é um problema de saúde que as mulheres vivenciam por uma desarticulação dos serviços de saúde no que tange os leitos obstétricos na rede pública. Havendo necessidade de maior articulação na organização dos serviços de saúde maternos e infantis do país, para que as gestantes tenham acesso ao parto oportuno, seguro e respeitoso e que garanta o cumprimento adequado dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (MENDES et al., 2019).

4.4.3 Maternidades de portas fechadas: desamparo nas trajetórias obstétricas de mulheres

Essa subcategoria surgiu, a partir dos relatos que apontavam para a ausência de assistência materna, em virtude da superlotação ou pela interrupção dos atendimentos nas maternidades. Essa situação, além de gerar precarização dos cuidados, pode levar a situações de agravo a saúde das mulheres.

A mortalidade e *near misse* materno são resultantes de múltiplos fatores, entretanto, as vulnerabilidades socioeconômicas e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade, são fatores que refletem diretamente nessa estimativa (HEITKAMP et al., 2021; OMS, 2012; BRASIL, 2009). Diariamente, centenas de mulheres morrem por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto no mundo (SAY et al., 2014; HEITKAMP et al., 2021). Neste sentido, é primordial que o aporte de mais incentivo financeiro sejam aplicados ações organizadas e apoio político do Estado, são fundamentais para implementar mudança na cobertura obstétrica no Brasil (BRASIL, 2011; OMS, 2019)

A gente saiu de Madre de Deus, porque lá não tem médico e fica correndo de um lado para o outro, para parir, sendo que as maternidades tudo cheia ou fechada. (Adelina)

A maternidade que fiz o pré-natal foi excelente, mas quando eu senti a dor para parir, não pude ir para lá, porque estava fechado. Aí eu vim para cá. Esse hospital é muito ruim, só fiquei aqui porque não tinha outro hospital aberto, estava fechada todas as maternidades e eu tive que ficar aqui, mas foi muito ruim. (Carolina De Jesus)

À vista de assegurar a melhoria do acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança. O governo brasileiro criou em 2011, a Rede Cegonha, que está alicerçada nos princípios do SUS e nas condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, da organização e o funcionamento de serviços dos de saúde do país (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha é uma estratégia de saúde brasileira, que surgiu da necessidade de honrar com o compromisso internacional que Brasil assumiu para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial as metas quatro e cinco, que se referia à redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

Apesar de preconizado pela Rede Cegonha o incentivo a implantação do modelo "Vaga Sempre" e de melhoria do programa de regulação de leitos obstétricos e neonatais. As mulheres ainda enfrentam essa problemática relacionada ao acesso sobre os serviços de saúde (LEAL et al., 2014; VIELLAS et al., 2014).

O boletim do Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) apontou que o Brasil apresentou uma redução no número de leitos obstétricos de 1,87 por cada mil habitantes para 1,72 por mil habitantes (BRASIL, 2019). O que reflete diretamente na oferta de vagas por leitos obstétricos para as gestantes em todo território brasileiro.

Sinceramente, se eu tivesse escolha, antes de vim parar aqui, eu não escolhia esse hospital. Só vim porque as portas dos outros hospitais estavam. (Laudelino Melo)

Conforme os relatos apresentados, podemos refletir como essa precarização afeta as mulheres na busca por um local que forneça assistência obstétrica e como em decorrência da superlotação os fechamentos das maternidades corroboram com a peregrinação obstétrica. Observamos ainda, que as mulheres, por falta de opção aos serviço de suas escolhas são sujeitas a procurar assistência em maternidades que elas não consideram adequadas.

Essa oferta ineficiente por leitos obstétricos, funciona como barreira ao acesso nos serviços de saúde, impactando na manutenção da saúde e no direito à vida. É importante que haja uma organização dos sistemas de saúde maternos em todo o país, com foco em políticas voltadas à promoção do cuidado respeitoso para as mulheres e pessoas com útero em suas trajetórias reprodutivas.

Para garantir, as mulheres e pessoas com útero uma vida segura, livre de violência e pautada na justiça reprodutiva, é fundamental que o Brasil garanta, acesso universal, equânime e transversal (BRASIL, 2011). Como país membro da CEDAW, o Brasil deve assegurar recursos que garantam uma assistência obstétrica respeitosa, além de fomentar políticas baseadas nos direitos humanos das mulheres (ONU, 2019).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo partiu da inquietação a respeito da violência obstétrica enfrentada por mulheres e pessoas com útero no momento do parto. Buscando observar, a partir dessas percepções, como essa violência se correlaciona com os marcadores sociais. Para isso, nos debruçamos sobre a epistemologia da interseccionalidade.

A violência obstétrica é um fenômeno complexo, que se alicerça em uma sociedade racista, patriarcal e misógina, que forneceu sua herança para o advento da obstetrícia focada nas práticas e nos profissionais para objetificação do corpo feminino. Ela se alimenta das injustiças reprodutivas, produzidas ao longo de anos de abandono e invisibilidade de um Estado que fomenta a necropolítica.

Nesta pesquisa é interessante perceber de acordo com as narrativas, como elas conseguem observar melhor o preconceito vivido por seus companheiros, do que o vivenciado por elas. As mulheres apontaram o sentimento conflituoso na percepção de serem violentadas por outras mulheres, na relação hierárquica de poder entre elas e as profissionais de saúde. As mulheres associaram que o gênero e a classe social têm influências diretas na ocorrência da violência obstétrica.

As mulheres atribuíram à violência obstétrica a uma série de condições consideradas degradantes, humilhantes, desrespeitosas e abusivas. Como intervenções desnecessárias, procedimentos não consentidos, procedimentos físicos violentos, falas grosseiras e caluniosas, negação de autonomia, negligência Estatal e dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

Apesar da relevância dos estudos sobre racismo obstétrico, ainda se tem uma precária literatura sobre a temática. Essa escassez dificulta a discussão e inviabiliza o reconhecimento das mulheres sobre a violência e racismo obstétrico.

Através desta pesquisa compreendemos que a violência obstétrica ocorre entre a interação da mulher e os profissionais de saúde, bem como, por falhas estruturais nas unidades de saúde, além das negligências empregadas pelo nível central do sistema de saúde. Nesta perspectiva, o combate à violência obstétrica é urgente e necessário. Para isso é importante o empenho do Estado, dos gestores, dos profissionais e da sociedade para avançar no combate efetivo.

O sistema de saúde e os profissionais envolvidos na assistência, precisam avançar para garantir que todas as mulheres e pessoas com útero, possam receber cuidados de alta qualidade, respeitosos, baseados em evidências, integral, equânime e que fortaleça políticas de combate

ao racismo e garanta autonomia das mulheres e pessoas com útero, nas decisões sobre o processo reprodutivo.

Dito isso, finalizo ressaltando a importância da construção de um sistema de saúde que seja centrado nas mulheres e pessoas com útero, a fim de proporcionar experiências respeitosas e prazerosas, não só no parto, como em toda sua trajetória obstétrica e reprodutiva a partir dos preceitos da justiça reprodutiva.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, Rafael; CASTRO, Adriana Miranda de. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe8, pág. 175-188, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001300175&lng=en&nrm=iso>. acesso em 24 de janeiro de 2021. Epub 07 de agosto de 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s813>.
- ALENCAR, Heloisa Moulin de; TAILLE, Yves de La. Humilhação: o desrespeito no rebaixamento moral. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 59, n. 2, p. 217-231, dez. 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000200011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 maio 2022.
- ALMEIDA, Silvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte (MG): Ed. Letramento, 2018.
- AKOTIRENE, Carla. **O que é interseccionalidade?** São Paulo (SP): Ed. Letramento, 2018.
- ASSIS, Dayane Nayara Conceição de. Corpos negros e representação social no Brasil: uma discussão de gênero e raça. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 9, n. 21, p. 123-134, fev. 2017. Disponível em: <http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/231> <Acesso em: 10 mar. 2020.
- ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, dez. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282018000300547&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31 out. 2020. [http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.159](https://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.159).
- COOK, Rebecca J.; Simone Cusack, **Gender Stereotyping: Transnational Legal Perspectives**. Filadélfia, University of Pennsylvania Press, 2010, pág. 34
- GÓES, Emanuelle Freitas. **Discriminação interseccional: racismo institucional e violência obstétrica**. In: BASTOS, Ana Cecília de Sousa; Pontes, Vívian Volkmer. (Org.) Nascer não é igual para todas as pessoas. Salvador, Editora: EDUFBA, 2020. p. 367-379.
- BILGE Sirma. Théorisations féministes de l'intersectionnalité. **Diogène**. 2009/1 (n° 225), p. 70-88. Disponível em: <<https://www.cairn.info/revue-diogene-2009-1-page-70.htm>>. DOI : 10.3917/dio.225.0070. Acessado em 19 de fevereiro de 2021.
- BOWSER, D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth Report of a Landscape Analysis. Washington, D.C.: USAID TRAction Project: Harvard School of **Public Health**, and University Research Co., 2010.
- BOURDIEU, Pierre. **Méditations pascaliennes**. Paris: Seuil, 1997.
- BOHREN, M. A, Vogel JP, Hunter EC, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in. **Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review**. PLoS Med. 2015;12(6):e1001847. Published 2015 Jun 30. doi:10.1371/journal.pmed.1001847

BOHREN, M.A., Hunter, E.C., Munthe-Kaas, H.M. et al. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health* 11, 71 (2014). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71>

BOHREN M. A., Mehrtash H, Fawole B, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet*. 2019;394(10210):1750-1763. doi:10.1016/S0140-6736(19)31992-0. acesso em 23 de janeiro de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.459. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível Em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. acesso em 20 de maio de 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36. **Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível Em:<<http://bvsms.saude.gov.br/>>. acesso em 20 de maio de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna.** Brasília, DF; 2009.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Direito a uma vida livre de violência.** – Brasília: Coordenação Geral de Educação em SDH/PR, Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2013. – 1. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. **Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diario Oficial União. Seção 1:2. 28 dez 2007.

BRASIL. Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2006. Institui a **Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal** e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos:** uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas– Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **LEI MARIA DA PENHA.** Lei N.º11.340, de 7 de Agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. acesso em 24 de janeiro de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:** informações para gestores e técnicos. Brasília, 2002b. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [Internet].** Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/74visualizaçãodiretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. acesso em 20 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 3. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Despacho nº 017/19 – JUR/SEC.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 03 de maio de 2019. Disponível em: <https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0>. acesso em 20 de julho de 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. DOU nº 12, 13/06/2013. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante.** 6ª edição. Brasília: 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/75isualizaca/caderneta_gestante_versao_eletronica.pdf> acesso em 15 de maio de 2022.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. **Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018.** Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da União. 13 Ago 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidente da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 02 fev. 2021. acesso em 20 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS). **Boletim informativo: monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017).** Brasília: Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde; 2019 [citado 2022 maio 24]. 26 p. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_4_PROADESS_Monitoramento%20da%20assistencia%20hospitalar_errata_1403.pdf> acesso em 20 de julho de 2020.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturião no Brasil, século XIX. **Cafajeste. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, pág. 135-149, junho de 1991. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 de fevereiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil.** São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARNEIRO, Aparecida Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser.** 2005. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

COELHO, Junior, Nelson Ernesto. Inconsciente e percepção na psicanálise freudiana. Psicologia USP [online]. 1999, v. 10, n. 1 [Acessado 17 Maio 2022] , pp. 25-54. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-65641999000100003>>. Epub 29 Set 1999. ISSN 1678-5177. <https://doi.org/10.1590/S0103-65641999000100003>.

COLLINS, Patricia Hill; CHEPP, Valerie. Intersectionality. In: WELDON, Laureal (org.). Oxford Handbook of Gender and Politics. **New York: Oxford**, 2013, p. 31-61

COLLINS, Patricia Hill. Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment. New York: **Routledge**, 2000.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. Intersectionality. Cambridge, UK: **Polity**, 2016.

COLLINS, Patricia Hill. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e Política emancipatória. **Parágrafo**, V. 5, N. 1, P. 6-17, jun. 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer de conselheiro federal de enfermagem Nº 338/2016/COFEN. **Resolução COFEN- 1927/2016.** Estabelece sobre a Participação De Profissionais De Enfermagem Na Realização Da Manobra De Kristeller. Brasília; 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-relator-vistas-no-3382016_48408.html

CRENSHAW, KIMBERLÉ. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Um. Estud. Fem.**, Florianópolis , v. 10, n. 1, p. 171-188, Jan. 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=en&nrm=iso>. Access on 13 Feb. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>.

CRENSHAW, Kimberlé Williams. **Mapping the Margins:** Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. Stanford Law Review, p. 1241-99, 1991.

CRENSHAW, Kimberlé W. “**Demarginalizing the intersection of race and sex;** a black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics”. University of Chicago Legal Forum, p. 139-167, 1989.

DAVIS, Dána-Ain. A Birth Story. **Anthropology News** website. Cheyenne Varner, and LeConté J. Dill. 2021, August 27, 2021.

DAVIS, Dána-Ain. Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labour and Birth, **Medical Anthropology**. Volume 38, 2018 – Edição 7 :2019. DOI: 10.1080/01459740.2018.1549389.

DAVIS, Dána-Ain. **Reproductive Injustice: Racism, Pregnancy, and Premature Birth.** Nova York: New York University Press, 2019. 251 p.

DAVIS, Angela Y. **Women, Race, and Class.** New York: Random House, 1981.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe.** Candiani, Heci Regina. São Paulo: Boitempo, 2016. 244pp.

DINIZ, Simone Grilo et al . Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **J. Hum. Growth Dev.** São Paulo , v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 maio 2022. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>.

DINIZ, Simone G., Pires, A. F., d'Oliveira, L., Lansky, S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters.** 2012. 20:40, 94-101, DOI: 10.1016/S0968-8080(12)40657-7

FANON, F. **Pele 77isua, 77isualiz brancas.** Brasil, Ubu Editora, 2020.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 5^a ed. Editora: Positivo. Rio de Janeiro, 2014.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia.** 8 ed. São Paulo: Ática, 2005.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia.** 6 ed. São Paulo: Ática, p. 87, 2003.

FOUCAULT M. **O nascimento da medicina social.** In: Machado R, organizador. Microfísica do poder. São Paulo: Graal; p. 79-98, 1984.

FOUCAULT M. **O nascimento do hospital.** In: Machado R, organizador. Microfísica do poder. São Paulo: Graal; p. 99-111, 1984.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

FREEDMAN LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. **The Lancet.** 2014. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60859-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60859-X/fulltext)

FRANCHI, JVO, Peloso SM, Ferrari RAP, Cardelli AAM. Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2020;28:e3292. [Access: 23 de maio de 2022]; Available in: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/VPbnFcmHR8qWRjyYbypzktK/?lang=pt&format=pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3470.3292.ano>

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GABRIEL, Alice de Barros e Santos, Breno Ricardo Guimarães. A Injustiça Epistêmica na violência obstétrica. **Revista Estudos Feministas** [online]. 2020, v. 28, n. 2 [Acessado 17 Maio 2022] , e60012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n260012>>. Epub 31 Ago 2020. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n260012>.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5^a ed. São Paulo: Editora, Atlas, 2010.

GHERARDI, Natalia. Violência contra mulheres na América Latina. SUR. **Revista Internacional de Direitos Humanos**. V.13 n.24, pp.129–136, 2016.

GOES, Emmanuelle F. Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional. 2018. 105f. **Tese (Doutorado Saúde Pública)** – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

GOES, Emanuelle Freitas, Ramos, Dandara de Oliveira e Ferreira, Andrea Jacqueline. Fortes Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2020, v. 18, n. 3 [Acessado 2 abril 2021] , e00278110. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>>. Epub 29 Maio 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>.

GONÇALVES, H. A. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. 2 ed. AVERCAMP, 2014.

HOTIMSKY, S.N, Rattner D, Venancio S.O, Bogus CM, Miranda M.M. O parto como eu vejo ou como eu desejo... Expectativas de gestantes usuárias do SUS acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad Saude Publica** [periódico na internet]. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11003.pdf>
» <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11003.pdf>

HEITKAMP A, Meulenbroek A, van Roosmalen J, et al. Maternal mortality: near-miss events in middle-income countries, a systematic review. **Bull World Health Organ.** 2021;99(10):693-707F. disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8477432/>> doi:10.2471/BLT.21.285945

HOOKS, bell. **Intelectuais negras**. Revista de Estudos Feministas, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 464-478, 1995.

HOOKS, Bell. **E eu não sou uma mulher? Mulheres negras e feminismo**. Tradução, Bhuvi Libanio. 4^º ed. Rio de Janeiro. Editora: rosa dos tempos, 2020.

IBGE. Instituto De Pesquisa Econômica Aplicada. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. Brasília: Ipea, 2019.
Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/78isvisualização/livros/liv101681_informativo.pdf
Acesso em: 3 maio. 2022.

- IPEA. Instituto De Pesquisa Econômica Aplicada. **Retrato das desigualdades de gênero e raça.** Brasília, 2017. Disponível em: <<http://ipea.gov.br/retrato->>. Acesso em: 11 maio. 2022.
- KOPAS, M. L. A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. **J Midwifery Womens Health.** 2014; 59(3):264-276. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12199>. doi:10.1111/jmwh.12199
- KILOMBA, Grada. **Memórias da Plantação.** Episódios de Racismo Cotidiano Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.
- LANSKY, Sônia et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 24, n. 8 [Acessado 21 Maio 2021] , pp. 2811-2824. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>>. Epub 05 Ago 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico.** 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- LEAL, MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cad Saúde Pública.** 2014; 30(Suppl 1):S1-31. Doi: 10.1590/0102-311X00151513
- LEAL, Maria do Carmo et al . A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro , v. 33, supl. 1, e00078816, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso>. Access on 16 Aug. 2020. Epub July 24, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00078816>.
- LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, Jan. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013&lng=en&nrm=iso>. Access on 11 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>.
- LOPEZOSA, Pedro Hidalgo, et al. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. **Revista latino-americana de enfermagem** vol. 24 (2016): e2744. Doi:10.1590/1518-8345.0765.2744
- LORDE, Audre. **I am your sister:** collected and unpublished writings of Audre Lorde. Oxford: Oxford University Press, 2009.
- LZYOUD F, Khoshnood K, Alnatour A, Oweis A. Exposure to verbal abuse and neglect during childbirth among Jordanian women. **Midwifery.** 2018;58:71-76. Doi:10.1016/j.midw.2017.12.008
- MATTAR, Laura Davis e Diniz, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface – Comunicação,**

Saúde, Educação [online]. 2012, v. 16, n. 40 [Acessado 19 Maio 2021] , pp. 107-120. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-3283201200500001>>. Epub 06 Mar 2012. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-3283201200500001>.

MENDES, R. B., Santos, J. M. de J., Prado, D. S., Gurgel, R. Q., Bezerra, F. D., & Gurgel, R. Q. (2019). Características maternas e da assistência pré-natal associadas à peregrinação no anteparto. **Revista De Saúde Pública**, 53, 70. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001087>

MENEZES, D.C.S, Leite I.C, Schramm J. M. A, Leal M. C. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad Saúde Pública**. 2006;22(3):553-9.

MYERS, E. R, Sanders, G.D., et al. **Labor Dystocia**. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); May 2020. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557137/>

MILLER, Suellen. Abalos, Edgardo A. et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. **The Lancet**. 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31472-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31472-6/fulltext). DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)

MBEMBE A. **Necropolítica, biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. São Paulo: n-1 edições; 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2010.

MORESI, E. **Metodologia da pesquisa**. Universidade Católica de Brasília – UCB. Pró – reitoria de Pós Graduação Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e tecnologia da Informação. Brasília-DF, 2003.

MORSE, Marcia Lait et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2011, v. 27, n. 4 [Acessado 16 Março 2021], pp. 623-638. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400002>>. Epub 09 Maio 2011. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400002>.

OLIVEIRA, Andréa O.; MOURAO-JUNIOR, Carlos Alberto. Estudo teórico sobre percepção na filosofia e nas neurociências. **Neuropsicología Latinoamericana**, Calle , v. 5, n. 2, p. 41-53, 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-94792013000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 17 maio 2022. <http://dx.doi.org/10.5579/rnl.2012.0083>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS; 2015.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde materna e neonatal**. Unidade de maternidade segura. Saúde reprodutiva e da família. Genebra (CH); 1996.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Abordagem de abuso baseada em direitos humanos e violência contra a mulher nos serviços de saúde reprodutiva, com ênfase especial no cuidado ao parto e violência obstétrica.** ONU Assembleia Geral n°74/137. Genebra, 11 de julho de 2019.

ONU. Organização Das Nações Unidas. Recomendação geral n. 24. **Mulheres e saúde, artigo n. 12, da Convenção.** Comitê CEDAW, 2008.

ONU. Organização Das Nações Unidas. **Relatório Alyne da Silva Pimentel Teixeira** (falecida) v. Brasil Tradução de Juliana Fontana Moyses. Comitê CEDAW, 2011.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights.** Technical guidance on the application of a human rights based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. UM General Assembly. Genebra, 2 de julho de 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: **métodos e técnicas.** 3 ed., 16. reimpr., São Paulo: Atlas, 2015.

RONSMANS, C, Graham WJ; Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. **Lancet.** 2006;368(9542):1189-1200. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69380-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69380-X/fulltext)> doi:10.1016/S0140-6736(06)69380-X

SAY L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Glob Health.** 2014;2(6):e323-e333. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)> doi:10.1016/S2214-109X(14)70227-X

SANDALL. Mayra, K., J., Matthews, Z. *et al.* Breaking the silence about obstetric violence: Body mapping women's narratives of respect, disrespect and abuse during childbirth in Bihar, India. **BMC Pregnancy Childbirth** 22, 318 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04503-7>

SAFFIOTTI, Heleith. **Gênero, patriarcado e violência.** 2^a edição, São Paulo: Expressão popular: Fundação Perseu Abramo, 2015

SANTANA, Ariane T. et al. Atuação de enfermeiras residentes em obstetrícia na assistência ao parto. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. 2019, v. 19, n. 1 [Acessado em 16 de maio de 2022], pp. 135-144. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100008>>. ISSN 1806-9304. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100008>.

SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos; OLIVEIRA, Leidiane. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. **Rev. katálysis**, Florianópolis , v. 13, n. 1, p. 11-19, June 2010 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802010000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000100002>.

SANTOS, Debora de Souza et al. Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. *Clin Infect Dis.* 2020; ciaa1066. on 22 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1066>

SEN, G. Reddy B. Iyer A. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reprod Health Matters.* 2018;26(53):6-18. doi:10.1080/09688080.2018.1508173
 SENA LM. Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.

SENA, Ligia Moreiras e Tesser, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2017, v. 21, n. 60 [Acessado 11 Maio 2022] , pp. 209-220.
 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>>. Epub 03 Nov 2016. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 23, e180487, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100255&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Feb. 2021. Epub July 10, 2019. <https://doi.org/10.1590/interface.180487>.

SOUZA, Karina J., Rattner, Daphne e Gubert, Muriel B. A violência institucional e a qualidade do serviço em obstetrícia estão associadas à depressão pós-parto. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2017, v. 51 [Acessado em 23 de maio de 2022], 69. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549>>. Epub 20 de julho de 2017. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549>.

SCOTT, J. **Gender:** a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press. 1989.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; DINIZ, Carmen Simone Grilo. 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. [12], 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)> DOI: 10.5712/rbmfc10(35)1013.

TRIVINÓS, A. N. S. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3^a ed. São Paulo: Atlas, 2008.

TRIVINÓS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TUNÇALP Ö, Were WM, MacLennan C, et al. Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG* 2015; 122: 1045–49, disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13451>.

VEDAM S., Stoll K, Martin K, Rubashkin N, Partridge S, Thordarson D, et al. The Mother's autonomy in decision making (MADM) scale: patient-led development and psychometric testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care. Kumar S, editor. **PLoS One** [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 14];12(2):e0171804. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0171804>

VEDAM, S., Stoll, K., Taiwo, TK et al. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. **Reprod Health** 16, 77 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>

VEIGA, Lucas Motta. Descolonizando a psicologia: notas para uma Psicologia Preta. **Fractal: Revista de Psicologia** [online]. 2019, v. 31, n. spe [acessado 18 Maio 2022] , pp. 244-248. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i_esp/29000>. Epub 20 Dez 2019. ISSN 1984-0292. https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i_esp/29000.

VENTURINI, Gustavo; GODINHO, Tatau (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc, 2013.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2014, v. 30, n. Supl 1 [Acessado em 24 de maio de 2021], pp. S85-S100. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.

WHO. World Health. **The sustainable development goals** [internet]. Boston: Maternal Health Task Force; 2019. Available from: <https://www.mhtf.org/topics/the-sustainable-development-goals-and-maternal-mortality>

WHO. World Health. World Health. **Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/um/>

WHO. World Health, UNICEF, UNFPA. **The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank Estimates**, 2012

WASHINGTON, Harriet A. **Medical apartheid**: The dark history of medical experimentation on black americans from colonial times to the present. 2007.
WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saude soc.**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 junho. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.

WILLIAMS CR, Jerez C, Klein K, Correa M, Belizán JM, Cormick G. Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. **BJOG**. 2018; 125: 1208-11. DOI:<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.15270>, disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.15270>

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al . VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 29, e155043, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Feb. 2021. Epub July 10, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acessado 03 maio 2021

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amâncio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface (Botucatu)** , Botucatu, v. 22, n. 66, pág. 721-731, setembro de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300721&lng=en&nrm=iso>. acesso em 24 de janeiro de 2021. Epub em 21 de maio de 2018. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>. Acessado 18 maio 2021

APÊNDICE A - Formulários de coleta de dados



FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
Iniciais do nome:	Idade:
Grau de escolaridade: EFC ()EFI () EMC () EMI () SC () SI ()	
Raça/cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena	
Identidade de Gênero: Feminino () Masculino () Transgênero ()	
Gênero neutro() Não-binário () Agênero () Pangênero () Outros:	
Situação conjugal: () Casada () Solteira () União estável () Divorciada () Viúva	
Ocupação:	
Renda familiar:	Renda individual:
Município:	Cidade:
Bairro:	

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS		
Número de gestações:	Número de abortamentos:	Número de partos:
Tipos de parto: normal () cesariana () fórceps () vácuo ()		
Patologia existente na gestação atual:		
Idade gestacional no parto: semanas dias		
Peso do RN: g	APGAR do RN () 1' () 5' () 10'	
Pariu na maternidade de referência?		

QUESTÕES NORTEADORAS	
Como foi sua experiência de trabalho de parto e parto?	
Você sabe o que é violência obstétrica?	
Você consegue identificar alguma prática que se caracteriza como violência obstétrica sua assistência?	
O que você sente quando lembra da sua experiência de trabalho de parto e parto?	
Como você vê a situação de violência com sua cor?	
Como você percebe essa situação com sua condição de ser mulher?	

APÊNDICE B – Formulários de coleta de dados mulher



**FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

FORMULÁRIOS DE COLETA DE VARIÁVEIS	
1. Presença de acompanhante de livre escolha?	
Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
2. Dieta Zero ou restrita?	
Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
3. Liberdade de movimentação?	
Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
4. Raspagem dos pelos pubianos	
Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
5. Analgesia farmacológica	
Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)

FORMULÁRIOS DE COLETA DE VARIÁVEIS	
8. Explicação dos procedimentos antes da realização	
Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
9. Realização de Episiotomia	
Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
10. Pedido de autorização verbal antes de realizar procedimentos	
Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
11. Realização Manobra de Kristeller	
Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
12. Amarração dos braços e pernas durante o parto	
Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
13. Curagem de Rotina	
Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido I - Universidade



FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM

A participante:

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “ESSA DOR TEM COR: INTERSECCIONALIDADE NO FENÔMENO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA” que faz parte de um projeto matriz titulado “o fenômeno da violência obstétrica: percepção dos atores sociais envolvidos”. Que tem como coordenadora a Profª. Drª. Telmara Menezes Couto. O objetivo deste trabalho é: conhecer a percepção de mulheres sobre o fenômeno da violência obstétrica na assistência ao parto e a interface com os marcadores sociais.

As participantes do estudo serão mulheres registradas na instituição onde a pesquisa será realizada.

A entrevista terá duração média de até 40 minutos. Será utilizado um gravador para posterior transcrição das falas, visto que, trata-se de uma das fases importantes para análise dos resultados, sendo importante o uso das informações tal qual foram expostas. Além do preenchimento de um formulário com dados sociodemográficos e obstétricos. O local da entrevista acontecerá em sala disponibilizada pela instituição, de acordo com a sua disponibilidade. Sua participação é voluntária, sem nenhuma recompensa financeira, bem como sem nenhum custo, e você terá liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo, não sendo necessárias explicações.

Os resultados encontrados serão divulgados em publicações futuras. As informações serão utilizadas para os fins da pesquisa e sua identidade será preservada, sendo garantido total sigilo e anonimato sobre você. Apenas as pesquisadoras terão conhecimento do conteúdo das entrevistas.

A(o) entrevistada(o) será esclarecida(o) quanto a interrupção da entrevista a qualquer momento, se esse for o desejo. Todas as informações contidas nas gravações das entrevistas serão arquivadas por cinco anos no grupo de pesquisa GESTAR, e após esse período serão destruídas conforme Resolução nº 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

No sentido de atender aos aspectos éticos contidos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde as participantes serão informadas sobre todas as etapas do estudo. As pesquisadoras também explicitarão os riscos potenciais associados à participação, pois falar sobre a vivência de violência obstétrica poderá ocasionar desconforto emocional a participante. Caso ocorra esse tipo de situação, o processo de coleta de dados será interrompido e ela será encaminhada ao serviço de acompanhamento psicológico.

Você não terá qualquer custo pela participação ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos na sua participação são pequenos e guardam relação com o desconforto por conta da abordagem do tema e que você poderá sentir ao compartilhar sua vivência/experiência e relatar informações pessoais ou confidenciais com a investigadora. Entretanto, para tentar minimizar esses riscos e promover a confidencialidade da(o)s participantes serão utilizados nomes fictícios para identificá-la(o)s, contribuindo também para que não afete a qualidade e a disponibilidade da assistência. As entrevistas serão realizadas individualmente, em sala reservada, podendo esta, em caso de desconforto da participante, ser parada a qualquer momento. Além disso, caso necessário, as participantes serão encaminhadas a um serviço de acompanhamento psicológico.

O benefício relacionado à sua participação será contribuir para o entendimento acerca da assistência humanizada prestada às mulheres durante a assistência ao parto e nascimento, contribuindo para melhorias neste cenário. Assim, as pesquisadoras se comprometem em divulgar os resultados obtidos.

Estou ciente de que nesse momento estamos vivendo uma situação de pandemia por COVID-19, e para não haver risco de contaminação durante a entrevista a pesquisadora deverá adotar as medidas de distanciamento social e uso de EPI, assim como as(os) participantes. O local da entrevista deverá atender a todas as medidas de higiene.

Qualquer dúvida ou problema que ocorrer no decorrer da pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone e endereço eletrônico disponibilizado abaixo.

Salvador, ____ / ____ / ____

Assinatura da(o) participante



Impressão Digital

Pesquisadora responsável

Contato:

Coordenadora da pesquisa: Telmara Menezes Couto

Telefones: (71) 99188-3257 /3283-7615 E-mail: telmaracouto@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar, Canela, Salvador, Bahia. CEP: 41.110-060 / Telefone: (71) 3283-7615 /E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O FENÔMENO DA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PERCEPÇÃO DOS ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS

Pesquisador: Telmara Menezes Couto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 38382220.1.0000.5531

Instituição Proponente: Universidade Federal da Bahia - UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.447.699

Apresentação do Projeto:

Trata-se da apreciação de terceira versão de protocolo de pesquisa que abordará o tema violência obstétrica: percepção dos atores sociais envolvidos. Estudo de corte transversal de abordagem quatiqualitativo e análise de conteúdo. A ser desenvolvido em maternidade pública da cidade de Salvador, Bahia. Deverão participar do estudo profissionais de saúde da assistência (técnica de enfermagem, enfermeira, médica, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional e nutricionista) e, mulheres que foram atendidas na maternidade, no período do parto e nascimento. No estudo qualitativo será realizada entrevista gravada com formulário semiestruturado. Na primeira versão do projeto os autores indicaram mil participantes no estudo, nesta segunda versão indicam um número maior de participantes, mil e cinquenta, 50 profissionais de saúde e 1000 mulheres que foram atendidas no período de parto e nascimento nesta maternidade no período da coleta de dados; sendo que 950 mulheres serão estudadas através do método quantitativo coletados nos prontuários. O número de mulheres e profissionais participantes da pesquisa no método

qualitativo será de 50 participantes para ambas as categorias. Critérios de inclusão: Mulheres admitidas nas maternidades por ocasião do parto e seus conceptos vivos, ou mortos no período de parto e nascimento; Profissionais de saúde envolvidas(os) na assistência à mulher durante período de parto e nascimento, com no mínimo seis meses de experiência; Prontuários que apresentem as informações necessárias estabelecidas pelas pesquisadoras do estudo. Critérios de exclusão:

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 4.447.699

Mulheres e profissionais que não estejam em condições físicas e emocionais

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as percepções dos atores sociais envolvidos no fenômeno da violência obstétrica no período do parto e nascimento.

Objetivos específicos:

Caracterizar situações que permeiam o fenômeno da violência obstétrica;

Descrever as expressões dos atores sociais envolvidos na assistência ao parto, acerca da violência obstétrica;

Descrever as percepções dos atores sociais envolvidos no fenômeno da violência obstétrica;

Identificar e Caracterizar o perfil socioeconômico e obstétrico das mulheres acometidas no fenômeno violência obstétrica;

Identificar as iniquidades sociais presentes no fenômeno violência obstétrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "No sentido de atender aos aspectos éticos contidos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde as participantes serão informadas sobre todas as etapas do estudo. As pesquisadoras também explicitarão os riscos potenciais associados à participação, pois falar sobre a vivência de violência obstétrica poderá ocasionar desconforto emocional as participantes. Aqueles que colaborarem para a pesquisa serão informados sobre a divulgação dos resultados encontrados por meio da publicação de artigos indexados e/ou de trabalho em eventos científicos. Somado a isso, também serão esclarecidos quanto aos riscos oferecidos pela pesquisa: se tratando da(o)s profissionais, estes perpassam pelo inconveniente de partilhar suas condutas profissionais durante a assistência ao parto e nascimento; já no caso das mulheres diz respeito ao desconforto que a(o) entrevistada(o) poderá sentir ao compartilhar a sua vivência/experiência no modelo de assistência proposto. De forma a minimizar tais riscos as entrevistas serão realizadas individualmente, em sala reservada, podendo esta, em caso de desconforto da participante, ser parada a qualquer momento. Além disso, caso necessário, está assegurado pela pesquisadora o encaminhamento a serviços de acompanhamento psicológico. Diante de qualquer dúvida, poder-se-á entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis por meio do número de telefone das mesmas, previamente disponibilizado por telefone."

Benefícios: "Esta pesquisa busca o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. A participação proporcionará ações que favoreçam a qualidade da assistência prestada às mulheres

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA**



Continuação do Parecer: 4.447.699

durante o período gravídico puerperal, incluindo o fortalecimento das atividades educativas, bem como, auxilia a promover e ampliar as discussões sobre a situação de violência obstétrica vivenciada pelas mulheres no cenário atual de parto e nascimento no país. Além de convidar as instituições e a(o)s profissionais envolvida(o)s na assistência a refletirem sobre a qualidade da assistência prestada as mulheres.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se da terceira versão de protocolo de pesquisa de autoria de docente e alunas (os) do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA. Deverão participar do estudo profissionais de saúde da assistência direta (técnica de enfermagem, enfermeira, médica, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional e nutricionista) e mulheres que foram atendidas na maternidade, no período do parto e nascimento. Haverá coleta de dados secundários nos prontuários de 950 mulheres que foram atendidas na maternidade Escola, no período do parto e nascimento. Nº de 1.050 participantes da pesquisa, nesta segunda versão. O tema proposto para pesquisa é relevante, atual e seus resultados poderão trazer contribuições para os estudiosos da área e para melhoria da qualidade da assistência a mulheres no período do parto e nascimento de seus filhos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Nesta terceira versão, conforme solicitado no parecer consubstanciado anterior Nº 4.411.075, houve adequações do item sugerido nas recomendações do segundo parecer, as autoras explicitam as medidas de intervenção e proteção dos participantes diante dos riscos e desconfortos advindos da participação na pesquisa.

Recomendações:

Apresentar, como notificação, via Plataforma Brasil, os relatórios parciais semestrais e final do projeto, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa, conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Protocolo de pesquisa atende aos preceitos éticos emanados das resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, sugere-se parecer de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Colegiado homologa parecer de aprovação emitido pelo parecerista.

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA**



Continuação do Parecer: 4.447.699

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1626406.pdf	22/11/2020 14:04:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISIONAIS.pdf	22/11/2020 14:04:25	Telmara Menezes Couto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MULHER.pdf	22/11/2020 14:04:10	Telmara Menezes Couto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	22/11/2020 14:03:52	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARAC_INSTITUIC_INFRAESTRUTURA.pdf	09/11/2020 15:29:25	Telmara Menezes Couto	Aceito
Outros	Declaracao_autorizacao_campo.pdf	21/09/2020 15:26:16	Telmara Menezes Couto	Aceito
Outros	Instrumentos_coleta.pdf	17/09/2020 17:07:34	Telmara Menezes Couto	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	17/09/2020 17:06:13	Telmara Menezes Couto	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	17/09/2020 17:05:59	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso_pesquisadores.pdf	17/09/2020 17:04:54	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_nao_Coleta.pdf	17/09/2020 17:04:36	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_concessao.pdf	16/09/2020 17:03:14	Telmara Menezes Couto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_anuencia.pdf	16/09/2020 17:02:45	Telmara Menezes Couto	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	16/09/2020 16:56:54	Telmara Menezes Couto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA**



Continuação do Parecer: 4.447.699

SALVADOR, 08 de Dezembro de 2020

Assinado por:

Daniela Gomes dos Santos Biscarde
(Coordenador(a))