



A PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA POR MULHERES NEGRAS EM UMA USF EM SALVADOR (BA) E OS IMPACTOS OBSERVADOS

THE PERCEPTION OF OBSTETRIC VIOLENCE BY BLACK WOMEN IN A USF IN
SALVADOR-BAHIA AND THE IMPACTS OBSERVED

Thayana Victoria Santos Silva ¹
Talita Rocha de Aquino ²
Ana Gabriela Travassos ³

Manuscrito recebido em: 11 de julho de 2022.

Aprovado em: 08 de agosto de 2022.

Publicado em: 18 de novembro de 2022.

Resumo

Introdução: Diante do racismo obstétrico observado em nossa sociedade, esse trabalho buscou compreender a percepção e os impactos da violência obstétrica em mulheres negras. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório de abordagem quanti-qualitativa com mulheres numa Unidade de Saúde da Família de Salvador-BA. Foram realizadas duas etapas: Aplicação de questionário sociodemográfico, sobre o atendimento recebido no ciclo gravídico-puerperal, em seguida uma entrevista semiestruturada com aquelas autodeclaradas negras. Foram construídas frequências simples correlacionando os dados com o quesito raça/cor na etapa um, enquanto os dados da etapa dois foram analisados pela Teoria da Análise de Discurso de Minayo. **Resultados/Discussões:** Participaram 20 mulheres, sendo 17(85%) negras e 3(15%) não negras. A idade variou entre 18-25 anos, a renda média \leq um salário-mínimo, e parto em maternidades públicas. Com a análise de dados foram criadas três categorias de discussão: As faces da violência obstétrica, Reconhecendo o racismo obstétrico e Os impactos da violência. As participantes conseguiram perceber a prática de violência obstétrica nos serviços, correlacionando-a à sua raça/cor e condição social, resultando no desejo de não gestar novamente e expondo à depressão pós-parto. **Conclusão:** A pesquisa demonstrou a necessidade em aprimorar o atendimento nas maternidades. Os achados sugerem a necessidade de maior capacitação das equipes quanto ao racismo e de intervenção mínima no ciclo gravídico-puerperal, com exercício da equidade e compreensão de como as interseccionalidades atuam no corpo feminino negro, além de maior educação das mulheres sobre seus direitos para que lutem para assegurá-los.

¹ Graduanda em Medicina pela Universidade do Estado da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9163-6669> E-mail: thyanavictoria8@gmail.com

² Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado da Bahia. Professora na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e na Universidade do Estado da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6576-478X> E-mail: tatiakinorochoa@gmail.com

³ Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Docente no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia. Médica e Pesquisadora no Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP - Centro de Referência em DST/AIDS). Secretária Geral da diretoria 2021-2023 da Associação de Obstetrícia e Ginecologia da Bahia (SOGIBA), membro efetivo da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC) e da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis (SBDST). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9242-828X> E-mail: agtravassos@yahoo.com.br



Palavras-chave: Violência contra a mulher; Racismo; Violência obstétrica; Gravidez; Direitos sexuais e reprodutivos.

Abstract

Introduction: Faced with the obstetric racism observed in our society, this work sought to understand the perception and impacts of obstetric violence on black women. **Methodology:** This is an exploratory study with a quantitative-qualitative approach with women in a Family Health Unit in Salvador-BA. Two stages were carried out: Application of a sociodemographic questionnaire, about the care received in the pregnancy-puerperal cycle, then a semi-structured interview with those self-declared black women. Simple frequencies were constructed by correlating the data with the race/color item in step one, while the data from step two were analyzed using Minayo's Theory of Discourse Analysis. **Results/Discussion:** 20 women participated, 17(85%) black and 3(15%) non-black. Age varied between 18-25 years, average income \leq one minimum wage, and delivery in public maternity hospitals. With the data analysis, three categories of discussion were created: The faces of obstetric violence, Recognizing obstetric racism and The impacts of violence. The participants were able to perceive the practice of obstetric violence in the services, correlating it to their race/color and social condition, resulting in the desire not to get pregnant again and exposing them to postpartum depression. **Conclusion:** The research demonstrated the need to improve care in maternity hospitals. The findings suggest the need for greater training of teams regarding racism and the for minimal intervention in the pregnancy-puerperal cycle, with the exercise of equity and understanding of how intersectionalities act in the black female body, in addition to greater education of women about their rights to who fight to secure them.

Keywords: Violence against women; Racism; Obstetric violence; Pregnancy; Sexual and reproductive rights.

INTRODUÇÃO

A atenção obstétrica e neonatal, no Brasil, é dirigida por meio de normas técnicas e diretrizes que afirmam o quanto o atendimento de qualidade e humanizado é essencial para o acolhimento digno da pessoa que gesta e do recém-nascido.

Dentre essas normativas, estão os dez princípios para Atenção Perinatal da Organização Mundial de Saúde¹, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde (MS), em 2002², e o Manual Técnico do MS sobre Atenção Qualificada e Humanizada ao Pré-Natal e Puerpério de 2006³. Tais deliberações foram baseadas no respeito à autonomia da pessoa que gesta, escuta ativa e partilha na tomada de decisões, respeitando as suas necessidades intelectuais, emocionais e socioculturais, além do resgate do parto como ato fisiológico e diminuição no índice de cesáreas sem indicação clínica, com intuito de reduzir a medicalização e as intervenções excessivas, bem como promover um melhor atendimento durante o pré-natal, parto e pós-parto.



Além disso, em 2011, foi desenvolvida, no âmbito do SUS, por meio da Portaria 1.459/11, a Rede Cegonha⁴, a qual objetivou assegurar o direito do planejamento reprodutivo à mulher, fornecendo atenção humanizada durante a gravidez, parto e até dois anos após o parto.

Entretanto, apesar dos progressos com a publicação desses manuais, ainda existem muitos desafios em sua aplicabilidade. A medicalização abusiva, a alta frequência de intervenções sem consentimento da parturiente, o crescente número de cesarianas e mortalidade materna, incluindo as que ocorrem por realização de aborto inseguro ou as evitáveis, ocasionadas por falha no atendimento pré-natal, são provas de que ainda há muito a caminhar para alcançar o cenário desejado.

Segundo a pesquisa Nascer no Brasil, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) entre os anos de 2011 e 2012, manobras dolorosas e desnecessárias são realizadas com frequência entre as mulheres brasileiras, o que reflete o quanto o modelo tecnocrático vem ganhando espaço associado a uma patologização do processo de parir, o que pode ser visto através de medidas, como a realização de amniotomia, manobra de Kristeller, ficar em posição litotômica durante o parto, realização de episiotomia ou administração de ocitocina sem conhecimento da parturiente⁵.

Associado a esse cenário, a negação do direito ao acompanhante às mulheres em trabalho de parto, assim como comentários ofensivos, humilhantes e preconceituosos sobre as escolhas da gestante, somam-se ao conjunto de violações de direitos humanos e da mulher conhecidas como violência obstétrica (VO). A VO é a violência materna que acontece no momento da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento, havendo quatro principais formas de aplicação: a omissão do atendimento, o tratamento hostil, com gritos e humilhação intencional, a violência física e a violência sexual⁶.

Leal, Gama e Cunha afirmam que as mulheres negras sofrem maior discriminação em relação às não negras nos serviços de saúde, durante os períodos pré-natal e no parto⁷. Seja pela crença sociocultural de que mulheres negras são mais resistentes à dor, ou ainda pelas dificuldades educacionais e econômicas em compreender a importância do pré-natal e explicações fornecidas pelos profissionais de saúde, os resultados maternos dessas parturientes se mostram mais negativos.



Historicizando o cuidado obstétrico ofertado ao corpo feminino negro, observamos que há uma extensão da estratificação racial através de práticas e decisões clínicas tomadas pelos cuidadores em saúde, que atingem física e psicologicamente a vida e desfechos dessas mulheres. Temos aqui o racismo obstétrico⁸, termo usado para definir de que forma o preconceito racial interfere na qualidade da assistência oferecida às mulheres negras durante o ciclo gravídico puerperal, e que ajuda na compreensão desse cenário quando comparamos os dados apresentados no país entre mulheres negras e mulheres não negras.

É observado que as mulheres de raça/cor preta/parda têm menor número de consultas preconizadas pela Rede Cegonha, além de internações por complicações durante a gravidez no SUS, recebem menos informações sobre o local de parto e dos benefícios do parto normal. Além disso, encontram mais dificuldades em receber atendimento na primeira busca de serviços, demoram mais tempo para serem atendidas e têm menos acompanhantes durante o parto, o que evidencia uma falha no sistema de saúde em facilitar e qualificar o acesso a todas as mulheres em ciclo gravídico-puerperal⁹.

Dessa forma, a maneira como as relações étnico-raciais estão delimitadas no Brasil é responsável por tornar a população negra mais vulnerável e dificultar seu acesso aos serviços de saúde e atendimento de qualidade, configurando um quadro de violências estruturais e institucionais, que englobam a VO. Para Borret et al.¹⁰, a incorporação da população negra no Brasil como cidadãos de direito ainda é um processo em desenvolvimento¹⁰.

Portanto, ao observar que o racismo influencia diretamente no atendimento oferecido nos serviços em saúde e compreendendo que tal cenário se reflete na atenção obstétrica oferecida às mulheres negras durante o ciclo gravídico puerperal, é de extrema importância entender a percepção dessas mulheres sobre o atendimento recebido. Nesse sentido, essa pesquisa objetiva investigar a percepção e os impactos da violência obstétrica em mulheres negras em uma Unidade de Saúde da Família (USF), na cidade de Salvador.

METODOLOGIA



O delineamento metodológico da pesquisa uniu as abordagens quantitativa e qualitativa, de caráter exploratório. A pesquisa foi realizada na USF Vale do Cambonas do município de Salvador, na Bahia. Unidade localizada em região periférica do município, composta por quatro equipes de saúde de família, com cobertura média de dezesseis mil pessoas. Oferta serviços de atenção a saúde individual e coletiva para todos os gêneros e idades do território adscrito.

Com relação às participantes do estudo, foram entrevistadas usuárias do Sistema Único de Saúde, atendidas pelos serviços de Planejamento Familiar e Puericultura. Foram utilizados como critérios de inclusão mulheres maiores de 18 anos de idade e que estivessem em período pós-puerperal com no mínimo seis meses e no máximo quatro anos da última gestação e parto viáveis. Quanto aos critérios de exclusão, foram retiradas aquelas que tiveram partos com fetos natimortos e mulheres gestantes.

A coleta de dados se deu por meio de duas etapas, a primeira ocorreu através da aplicação de um questionário sociodemográfico somado a onze perguntas dicotômicas, em que as entrevistadas responderam com “sim” ou “não” a perguntas sobre a assistência obstétrica recebida pelos serviços e profissionais de saúde durante a gestação, parto e pós-parto. Devido à realização durante a pandemia do COVID-19 e consequente diminuição na visita das usuárias à USF, também foi realizada aplicação dos questionários na residência das mulheres e via formulário online.

Após a realização da primeira etapa, as participantes autodeclaradas negras (pretas e pardas) foram selecionadas e contatadas via telefone sendo convidadas a participar de entrevistas semiestruturadas, marcadas de acordo com a aceitação das mulheres em participar. As entrevistas foram direcionadas por um roteiro de entrevista prévio e realizadas na USF e via *Google Meet*, além disso, foram gravadas sob autorização das mulheres.

Na análise de dados, foi realizada a transcrição das gravações, releitura dos questionários e entrevistas. Os dados do questionário sociodemográfico e as perguntas dicotômicas foram avaliados, correlacionando-os com a raça/cor das participantes. No que tange às informações das gravações, elas foram classificadas



em núcleos de sentido e, por conseguinte, distribuídas em três categorias empíricas e subcategorias, sendo elas: 1) As faces da violência obstétrica (peregrinação, violências verbais e físicas, banalização da dor, negação do direito ao acompanhante e redução da oferta do cuidado); 2) Entre a prática e a percepção: reconhecendo o racismo obstétrico e 3) Os impactos da violência.

De forma a delinear a análise final, as informações foram relacionadas às literaturas existentes sobre a temática, subsidiando o referencial teórico e observando sua relação com os fatos da prática observada. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia e apenas foi realizada após concordância das participantes, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no ano de 2021, sob parecer de nº 40399420.7.0000.0057.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a análise dos questionários sociodemográficos da primeira etapa, foi possível observar que todas as participantes (n = 20) eram mulheres cisgênero e heterossexuais. Em relação à faixa etária, a maior parte das mulheres tinha entre 18 e 25 anos (Tabela 1) e, quanto à escolaridade, prevaleceram aquelas com ensino médio completo.

Entre as usuárias, observou-se uma prevalência do culto às religiões cristãs (75%), não havendo espíritas, candomblecistas e umbandistas. Duas participantes negras não responderam aos quesitos de ocupação e renda, dessa forma, o nº de mulheres negras nessas categorias foi reduzido a 15 para o cálculo das porcentagens.

Com relação às condições socioeconômicas, pôde-se observar que 77% das entrevistadas têm renda de até um salário mínimo, o que reflete também nos serviços de referência para as mesmas, visto que 75% tiveram partos em maternidades públicas (SUS).

Com relação à via de parto final, 65% das participantes tiveram partos via vaginal/natural. Mais detalhes sobre o perfil sociodemográfico das mulheres podem ser encontrados na Tabela 1.



Tabela 1: Dados sociodemográficos

Características		Negras (n=17)	Não negras (n=3)
Idade	18 - 25 anos	8 (47%)	2 (66,6%)
	26 - 35 anos	7 (41%)	1 (33,3%)
	36 - 45 anos	2 (11,7%)	-
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	3 (17,6%)	-
	Ensino Fundamental completo	1 (5,8%)	-
	Ensino Médio Incompleto	2 (11,7%)	1 (33,3%)
	Ensino Médio Completo	7 (41%)	2 (66,6%)
	Ensino Superior Incompleto	1 (5,8%)	-
	Ensino Superior Completo	2 (11,7%)	-
Estado Civil	Solteira	6 (35,2%)	2 (66,6%)
	Casada	5 (29,4%)	1 (33,3%)
	Divorciada	-	-
	União estável	6 (35,2%)	-
Religião	Católica	5 (29,4%)	2 (66,6%)
	Cristã protestante	7 (41 %)	1 (33,3%)
	Sem religião	4 (23,5%)	-
	Outra	1 (5,8%)	-
Ocupação	Não assalariada	7 (46,6%)*	2 (66,6%)
	Assalariada	8 (53,3%)*	1 (33,3%)
	Sem renda	1 (6,6%)*	-
Renda	Até 1 salário mínimo	12 (80%)*	2 (66,6%)
	1 a 2 salários mínimos	2 (13,3%)*	1 (33,3%)
Local do último parto	SUS	14 (82,3%)	1 (33,3%)
	Particular	3 (17,6%)	2 (66,6%)
Tipo de parto	Natural/Vaginal	12 (70,5%)	1 (33,3%)
	Cesariana	5 (29,4%)	2 (66,6%)

Fonte: autores

* O n de participantes negras nas variáveis de Ocupação e renda foi igual a 15, por ausência de respostas em ambos os quesitos por duas entrevistadas

Ademais, com relação à segunda parte do questionário sociodemográfico, notou-se que todas as mulheres realizaram um pré-natal adequado com 7 ou mais consultas, o que pode ser reflexo do vínculo e acompanhamento com a USF. Além



disso, todas elas afirmaram ter recebido informações suficientes sobre a gestação e o parto.

Com relação à prevalência de VO nas mulheres, foi visto que poucas mulheres negras (11,8%) afirmaram não ter tido direito a acompanhante durante o parto (Tabela 2), o que levantou dúvidas sobre a compreensão do questionamento, pois muitas delas afirmaram posteriormente ter ficado sozinhas na “hora de parir”.

No que diz respeito ao conforto durante as etapas fisiológicas do parto, 52,9% das participantes negras não puderam escolher em qual posição ficar durante o trabalho de parto. Ainda, 70,6% passam por restrição alimentar ou lavagem intestinal no pré-parto, sem indicação, pois sua maioria teve partos via vaginal ou sem indicação clínica de cesariana.

Foram observados baixos índices de manobra de Kristeller (23,5%), episiotomia (17,6%) e amniotomia (29,4%), entretanto, levando em consideração que são procedimentos proscritos e sem comprovação de sua eficácia na literatura, sendo não recomendados pela OMS, concluímos que ainda há muito a melhorar.

Tabela 2: Prevalência de violência obstétrica nas mulheres negras e não negras do estudo

Questionamento	Negras (n=17)	Não negras (n=3)
Não participaram de grupo ou roda de gestantes	16 (94,1%)	2 (66,6%)
Não teve direito a acompanhante durante trabalho de parto	2 (11,8%)	-
Não pôde escolher qual posição ficar durante trabalho de parto	9 (52,9%)	1 (33,3%)
Passou por restrição alimentar ou lavagem intestinal	12 (70,6%)	1 (33,3%)
Passou por manobra de Kristeller	4 (23,5%)	1 (33,3%)
Sofreu episiotomia	3 (17,6%)	-
Sofreu amniotomia	5 (29,4%)	1 (33,3%)

Fonte: autores



No tocante à segunda etapa da pesquisa, após transcrição e leitura das cinco entrevistas realizadas, foi possível tipificar as falas das participantes em 3 categorias de análise, sendo elas: as faces da violência obstétrica, entre a prática e a percepção: reconhecendo o racismo obstétrico e os impactos da violência. Para manter o sigilo, cada participante recebeu o nome de uma mulher negra referência na área da saúde e terão suas falas representadas pelas respectivas siglas.

É salutar ressaltar que, numa pesquisa qualitativa, a quantidade de participantes não é de relevância para o potencial do trabalho. A amostra ideal é aquela que reflete múltiplas dimensões do fenômeno estudado sem preocupar-se com os critérios numéricos, mas sim com o aprofundamento no processo de compreensão dos sujeitos e cultura envolvidos ¹¹.

- As faces da violência obstétrica

O diálogo com as mulheres negras no presente trabalho se deu num serviço de saúde em uma comunidade periférica de Salvador, tornando-se possível visualizar como a organização das relações raciais no Brasil permeia a discussão sobre cidadania e garantia de direitos. A reprodução das desigualdades estruturais no modelo obstétrico resulta na normalização da impunidade em relação ao corpo feminino ¹², assim, ao adicionar o marcador raça, observamos que as desvantagens às mulheres pretas e pardas se estendem à assistência oferecida a elas e seus filhos durante o ciclo gravídico-puerperal ⁷.

Para compreender de que forma o atendimento obstétrico pode ser entendido como violência, é fundamental observar que sujeitos distintos são responsáveis, levando em consideração a dinâmica do cuidado multidisciplinar em saúde. Assim, foi possível delinear faces da violência obstétrica (VO) visíveis em diferentes áreas e momentos do atendimento para o pré-natal, parto e pós-parto. Assim, a desumanização do cuidado que ocorre com as mulheres negras é visível diante da peregrinação das mesmas nos serviços de saúde, violências verbais e físicas, crença de que mulheres negras e multíparas são mais resistentes à dor, negação de direitos como a presença do acompanhante no período intraparto e em como há uma redução da oferta do cuidado a essas mulheres.



Durante as entrevistas, percebeu-se o quanto a realidade da VO é viva nos serviços, fazendo parte das histórias atuais e pregressas das mulheres:

“Todo mundo que eu conheço tem uma história... É mais isso assim, que cortou um pouquinho, cortou muito até embaixo, escuto muito isso. Que até sobe na barriga...” (J.G)

“Relato assim eu lembro muito de minha irmã, né? Porque ela recebeu um corte, levou onze pontos. Eu achei isso até... um absurdo... Eu acho que isso aí já é uma, né? Uma violência obstétrica.” (J.W.)

“Então, me levaram correndo, já chegou na sala de parto, a médica só disse: “abra a boca pra eu dar um corte” (E.G)

Na literatura médica ou documentos oficiais, não encontramos evidência que sustentem a prática de episiotomia e manobra de Kristeller como benéficas. Essas são inclusive práticas não recomendadas pela OMS, mas extremamente rotineiras nas maternidades.

Além dos desafios enfrentados para a realização de boas práticas na assistência ao trabalho de parto, a peregrinação das mulheres durante o período anteparto e parto é outra realidade dentre os problemas de saúde pública no Brasil, violando os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que envolvem melhorar a qualidade da assistência obstétrica. De acordo com a lei nº 11.634, a garantia do leito obstétrico, através da vinculação à maternidade, é direito da mulher a partir do momento em que se inicia seu processo parturitivo¹³, principalmente, porque a demora da assistência em tempo hábil pode trazer sérios riscos à saúde da mãe e bebê, desencadeando os altos índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil¹⁴. A incapacidade dos serviços em dispor a quantidade necessária de leitos reflete sua precariedade e auxilia na ocorrência de desfechos desfavoráveis. Mulheres negras, quando comparadas às brancas, têm maior ausência de vínculo com a maternidade referência, o que aumenta o seu risco obstétrico¹⁵. A seguir, a fala expõe como as gestantes negras seguem tendo essa dificuldade de acesso:

“Não deram uma guia de encaminhamento, tipo um relatoriozinho, que eu fiz o pré-natal, que foi tudo bem até aquele momento, que já tava no período, sabe? Pra eu chegar na unidade de saúde, eu fui com 41 semanas e dois dias, e ficar 5 horas sentada no passeio porque nem na cadeira tinha vaga [...] Pra poder adentrar, mesmo sem dor, mas é desconfortável” (E.G)



O atendimento nos serviços de saúde por vezes prioriza as necessidades dos profissionais e da instituição em detrimento às das mulheres ¹⁶, o que amplia as barreiras de acesso e reduz as possibilidades de diálogo. Na assistência às gestantes pretas e pardas, esse cenário é intensificado, pois essas passam maior tempo sozinhas, em relação às brancas, durante o cuidado obstétrico ¹⁷, o que reforça a ideia de que a mulher negra suporta o parto com mais facilidade. Tais ideias podem ser percebidas nas falas das entrevistadas, que se queixam da ausência de acompanhamento profissional durante o trabalho de parto:

[...] eles deixavam a gente numa sala sozinha com outra gestante e deixam a gente lá e vai pra outra sala [...] e foi numa hora dessas que minha bolsa estourou, eu dentro do banheiro, que eu sai gritando: “minha bolsa estourou!” (C.A)

“Na enfermaria, a técnica entra assim, né? Como se fosse, parece até que de 6 em 6 horas, sei lá bem. Não sei qual o procedimento dela. Aí lá a gente se vira, né? Lá, a gente se vira.” (J.W)

Com a evolução da Medicina e conseqüente hospitalização do parto, houve uma alteração no modelo de assistência oferecido, pois o que, anteriormente, era domiciliar e centrado na mulher e em sua autonomia, com auxílio das parteiras tradicionais, passou a ser realizado nos hospitais, trazendo novos significados ao processo do parto e nascimento. Assim sendo, o modelo tecnocrático entra em ação, com o estabelecimento de rotinas e normas rígidas que não respeitam o corpo e ritmo natural do processo fisiológico de parir, impedindo as gestantes de exercer seu protagonismo, movimento esse conhecido como iatrogenia cultural ¹⁸.

Há, dessa forma, uma perpetuação do ciclo de opressões às mulheres pelo sistema de saúde com repreensão às manifestações de dor durante o parto e perda da autonomia. A mulher “escandalosa” é um problema para a equipe de saúde, pois quebra a lógica da submissão e costuma receber comentários agressivos e disciplinadores, como pode ser visualizado na fala de C.A:

“Aí a outra médica veio, mandando eu parar de gritar, falando: “pare de gritar, que se você ficar gritando você vai ficar aí... por que não tem só você aqui não, tem várias outras mães e ninguém tá gritando, só você” (C.A)

As atitudes da equipe de saúde devem buscar sempre a valorização e o fortalecimento da dignidade da mulher, aumentando a sua autoestima e estimulando a sua participação no planejamento do cuidado. Entretanto, a mudança no papel de protagonista da mulher para o profissional, torna a primeira submissa a uma



situação que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e violenta ¹⁹. Ainda, por ser vista apenas pela capacidade reprodutiva e de ser que gera, a singularidade e a privacidade das parturientes, por vezes, são esquecidas, o que a direciona a situações de vulnerabilidade. Na fala a seguir, a entrevistada conta como seu corpo e suas partes íntimas foram expostas a diversos profissionais durante o parto, de forma extremamente violenta:

“No meu, eles seguraram a minha perna, mandaram uma segurar, a outra segurar e depois eu fiquei sentindo dor... Eles puxaram de um lado, puxaram do outro. E aí eu falei: “meu Deus do céu, o que é isso?”, que eu nunca vi.” (C.A)

A imagem da mulher como objeto ou ser reprodutor e submisso abre precedentes para a coação de seus corpos e falas desrespeitosas, intensificada por questões discriminatórias de raça/cor. É percebido ainda que a multiparidade está associada a tratamento mais grosseiro por parte dos profissionais de saúde ²⁰. Assim, a banalização dos abusos verbais, naturalizados em “piadas” e “brincadeiras”, é constante e envolve a crítica ao número de filhos, a crença de que a múltipara sente menos dor e julgamentos ao corpo da mulher, como pode ser observado nos discursos a seguir:

“E... aí eu já não aguentava mais quando eu chamei uma técnica e disse: “olha, eu não tô mais aguentando de dor, eu não tô mais suportando!”. Ela: “mãe, mas você já não teve outros?” Eu acho que há muito esse negócio do médico, ele achar que por já ter filhos, a gente aguentaria, parir até sozinha, né?” (J.W)

Eu acho que sim. Principalmente se você tiver dois filhos ou mais, eles já não gosta, diz que.. “tá parindo demais, já chega”, escuta essa piada [...] É como a médica falou: “já chega, né?”, a médica “você já viu como seu corpo tá? todo ano você vai tá sempre aqui. Vai tá tipo, cortando e costurando sempre, sempre” como uma piada assim, eles não gostam assim. (J.G)

Nesse relato trazido por J.G, podemos observar o quanto o corpo feminino negro, sob domínio do profissional médico durante o parto, é animalizado e adquire o significado de apenas “carne”, ao ouvir da profissional que a atendia que ela sempre estaria ali sendo “cortada e costurada”. Tal noção sobre o corpo de mulheres negras é histórica e faz lembrar a história de Sarah Bartmann, mulher sul africana que foi levada à Europa no século XIX para ser exposta como atração teatral devido à sua anatomia, e após sua morte, teve genitália exposta por anos num museu em Paris. Como traz Schiebinger ao analisar que nos aspectos de raça e sexo “Bartmann foi relegada ao mundo brutal da carne”²¹.



Sabemos que, no atendimento ofertado às mulheres negras, a banalização da dor é a primeira violência sofrida, pois os remanescentes eugênicos da história brasileira desencadeiam no imaginário dos profissionais a crença de que elas têm maior facilidade para parir, são “parideiras” e têm maior resistência à dor. Tal fato é discutido há décadas como mostra Leal et. al ao comprovar que mulheres pardas e pretas recebem menos anestesia no parto vaginal em comparação às mulheres brancas ⁷. Além disso, diante do modelo obstétrico intervencionista no qual o Brasil está inserido, o fato de mulheres pretas receberem menos anestesia local quando submetidas à episiotomia ¹⁵ reafirma o quanto as desigualdades segundo raça/cor dialogam com a naturalização da dor sentida pelas negras durante o parto. Na experiência de J.G, um parto de via cesárea agendado por desejo próprio e cirurgia cesariana prévia, ela reconhece não ter sofrido violações ou ações contrárias à sua vontade, contudo, afirma que a equipe não permitiu a entrada de acompanhante durante a preparação e momento do parto, apesar deste ser um direito garantido por lei (Lei 11.108) desde 2005 ²².

“Não, inclusive não chamaram, disse que ia chamar e na hora não chamou, fiquei sozinha. E depois ele, não queriam deixar nem ele ver, ele teve que né, brigar pra deixar pelo menos ele ver. Aí viu rápido e saiu.” (J.G)

A garantia de um acompanhante de livre escolha da mulher é violada de forma recorrente nas instituições públicas de saúde brasileiras devido às dificuldades estruturais e de ambiência. Mantendo-se o gradiente de cor das desigualdades no atendimento, tal necessidade é violada de forma frequente entre pretas e pardas quando comparadas às brancas ¹⁵, corroborando com o estudo de Henderson et. al, os quais observaram o quanto mulheres negras ficam por maior tempo sozinhas nas maternidades ¹⁷.

Devido à alta taxa de partos cirúrgicos realizados no Brasil (52%) ²³, que é superior ao recomendado pela OMS de 15% ²⁴, a escolha da via final de parto ainda é um ponto a ser questionado, visto que grande parte dos procedimentos ainda são realizados sem indicação clínica precisa. Vale ressaltar que, quando necessário, o parto por via cesárea salva vidas, porém por se tratar de uma operação cirúrgica pode trazer riscos à mãe e ao bebê.



Estudos mostram que mulheres negras relatam experiência pobre em cuidados na maternidade, quando em relação às brancas ¹⁷, sendo em relação aos cuidados próprios pós-parto ou de higiene e encaminhamentos com o bebê. Nesses momentos, as redes de apoio formadas por outras puérperas no ambiente hospitalar tornam-se responsáveis para auxiliar no cuidado dos recém-nascidos. Abaixo, as falas de E.G e A.B sintetizam essa experiência da ausência de oferta de cuidado:

“Depois que pariu, acabou filha [...] “você vai voltar aqui tal dia, tal dia. Tá aí no papel, no coisa da alta, do relatório.”... Você pode voltar lá pra revisão e tal, mas aquela devida atenção, que deveria ter do profissional pra uma hora antes, meia hora antes... Por que se eu tiver dúvida, vai me mandar pra casa com aquela dúvida?” (E.G)

“E também não me orientaram que a minha parte íntima, eles tinham que me explicar que taria muito roxa... Inchada por causa, do caso que eles apertaram muito pra estancar. Só que não me avisaram... eles não me explicaram. Quando eu cheguei em casa, eu entrei em pânico, porque quando eu consegui me abaixar um pouco pra olhar, a minha parte tava muito roxa, muito preta mesmo. Preta e inchada.” (A.B)

Para Lima et al., as instituições produzem e naturalizam as desigualdades no acesso e tratamento adequado em saúde ²⁵ e as relações sociais dentro desses espaços resultam em injustiças, opressões e hierarquias. A partir do conceito de interseccionalidade, cunhado por Crenshaw, podemos reconhecer como o racismo, sexismo, opressão de classe e outros sistemas discriminatórios se sobrepõem e combinam-se para criar desigualdades básicas que estruturam os espaços ocupados pelas mulheres negras ²⁶, incluindo seu atendimento nos serviços de saúde.

- Entre a prática e a percepção: reconhecendo o racismo obstétrico

A violência nas maternidades brasileiras é determinada por um sistema de opressões que transforma diferenças, como ser mulher, negra, de baixa escolaridade e baixa renda, em desigualdades. Esse cenário é resultante de uma ideologia de gênero que historicamente naturaliza a inferioridade física e moral da mulher, dando-lhe a condição de reprodutora como determinante de seu papel social ²⁷.

No atendimento obstétrico, o cuidado precisa ser pautado no respeito à autonomia da mulher e integralidade na assistência, pois, segundo Ayres ²⁸, para que ocorra eficácia técnica e sucesso prático da assistência, a dimensão



relacional do cuidado é primordial. Entretanto, diante das vivências expostas pelas participantes, podemos observar o longo caminho que os sistemas de saúde da atenção obstétrica precisam percorrer para fornecer um atendimento equânime e acolhedor a todas as pacientes.

Entre os estudos sobre VO, há uma escassez quanto à visão das parturientes sobre os acontecimentos vivenciados, o que exhibe a não valorização do papel da mulher durante o atendimento, além de negação à devida importância que sua percepção tem como pilar fundamental para a melhoria no funcionamento dos serviços.

Durante o atendimento nos serviços de saúde, muitas práticas e violações pelos profissionais acabam sendo banalizadas e tidas como normais, não sendo questionadas ou criticadas pelas usuárias, as chamadas “pessoas-cordeiro”. Tais pessoas normalmente têm sua autonomia coibida nos serviços de saúde e, ainda assim, são dóceis, obedientes, de fácil manejo e controle, sendo mais facilmente aceitas pelos profissionais, pois não criticam as práticas as quais são atribuídas²⁹.

Entretanto, a maior parte das envolvidas na pesquisa não se comportou como pessoas-cordeiro, indagando e nos mostrando as faces das violências sofridas, correlacionando as ações dos profissionais com o fato de serem negras, mesmo não reagindo durante a vivência da violência. Assim aconteceu com C.A e J.W, que perceberam, no serviço em que foram atendidas, uma predileção no atendimento de mulheres brancas em relação às pacientes como elas, devido às suas características fenotípicas e cor da pele:

“...tratando uma pessoa por ser mais clara, ser assim fisicamente mais bem apresentável do que a gente... desmerecendo. Então tudo isso pra mim foi uma violência. Pelo meu fato, pela minha cor, por ter prioridade a outras moças de cabelo.. branca, os olhos claros, o cabelo liso. Porque quem tá lá, a gente vê, entendeu? Que tem tudo, toda essa relação.” (C.A)

“Eu creio que sim. Porque, querendo ou não, existe discriminação, existe preconceito. Não tem jeito. A menina mesmo que deixaram lá, que tava sofrendo, sofrendo, a bichinha tava sofrendo mesmo, era negra. Acho que se ela não fosse negra, o atendimento seria diferenciado, né?” (J.W)

A crença na mulher negra enquanto “parideira” e que suporta com mais facilidade as dores do parto¹⁵ é naturalizada e observada por A.B, que teve, durante sua gestação, um quadro de dores constantes e plaquetopenia severa, mas não obteve empatia e acolhimento da profissional que a acompanhava:



“mas eu achei que tinha um pouco de preconceito. Porque a minha colega, ela era... ela é mais branquinha e com o cabelo liso ...Porque quando minha colega sentia algo, alguma coisa, ela se preocupava mais. Eu falava de dores, que eu tava sentindo muitas dores e ela: “ah, é normal, não é seu primeiro” ... Já minha colega, ela dava atestado pra ter repouso em casa. Porque minha colega tava sentindo dores na perna... e eu falava pra ela de atestado e ela dizia que era normal, que eu tinha que trabalhar, tal” (A.B)

A ausência na orientação de cuidados pós-natais às mulheres negras na maternidade causa um sentimento de rejeição, pois as usuárias observam que não ocorre o mesmo com as demais puérperas, sendo percebida como preconceito racial e também como uma forma de violência:

“Ela ensinou a todas outras que tavam no quarto, eu era a única negra que tava lá no quarto e ainda cheguei em casa falando “eles fizeram racismo comigo” com meu marido, “por que eu sou preta do cabelo duro e eles tavam lá fazendo racismo”, aí meu marido pegou e falou “não, na certa não foi”, eu falei “sim, porque nas outras eles deram banho em todos os bebês, só na minha bebê não deram banho”, falando que era pra eu pegar a minha filha, colocar na banheira, que era simples” (C.A)

Podemos observar o quanto o racismo estrutural está intrínseco em nosso cotidiano e, mesmo quando percebido pelo indivíduo negro, torna-se velado pelo outro, sendo reduzido e até mesmo anulado. Refletindo mais uma vez como o racismo obstétrico opera no domínio dos corpos de mulheres negras e anulação de sua autonomia. Tal realidade é extremamente perversa e adoecedora, pois gera conflitos e questionamentos sobre a real existência do preconceito, além da ideia de culpa colocada sobre a pessoa alvo, nesse caso a mulher negra, ao acreditar que o problema é pessoal e não estrutural.

Nem sempre as vítimas conseguem perceber as formas de VO, naturalizando uma prática que transgredir os direitos humanos das mesmas³⁰ e perpetuando o ciclo de violências. Ainda, devido ao enraizamento no sistema de opressões imposto em nossa sociedade, as “pessoas-cordeiro” não fazem críticas ou reclamações à má assistência recebida, assumindo muitas vezes o discurso de que é preciso “seguir em frente”, como foi o caso de A.B:

“Porque se a gente ficar levando isso, sendo: “ah, sentir ofensa, tal”, prejudica a gente. E essas pessoas que se acha, elas tão prejudicando a elas mesma. Aí não me abalou, não. Não me atingiu, não. Eu nem liguei, eu disse: “oh, deixe lá”, entrego a Deus e eu quero viver bem comigo mesma...” (A.B)



De acordo com o antropólogo Kanbengele Munanga, o racismo no Brasil é um “crime perfeito”³¹, pois nossa sociedade foi desenvolvida para acreditar em sua inexistência, como é explicado em sua fala à entrevista Um intérprete africano do Brasil: Kabenguele Munanga, realizada por Sylvia Dantas, Ligia Ferreira e Maria Pardini Bicudo Vêras, publicada na Revista USP em 2017:

É como um carrasco que você não vê te matando, está com um capuz; você pergunta pelo racista e você não encontra, ninguém se assume, mas o racismo e a discriminação existem. Esse racismo matava duas vezes, mesmo fisicamente, a exclusão e tudo, e matava a consciência da própria vítima. A consciência de toda a sociedade brasileira em torno da questão, o silêncio, o não dito. Nesse sentido, era um crime perfeito, porque não deixava nem a formação de consciência da própria vítima, nem a do resto da população através do chamado mito da democracia racial [...] (Dantas, Ferreira, & Veras, 2017, p. 40).

- Os impactos da violência

O período gestacional e o processo parturitivo desencadeiam intensas mudanças fisiológicas no organismo da pessoa que gesta, incluindo alterações psíquicas, de autoestima e percepções corporais. Dessa forma, o atendimento recebido por quem exerce papel de cuidador tem impacto significativo e que pode repercutir durante toda a vida da mulher, principalmente se envolve ciclos de violências, causando a sensação de decepção e perda simbólica³².

É importante salientar que os danos percebidos decorrentes da VO vão além dos que aparecem instantaneamente, os efeitos são contínuos e impactam diretamente na visão de mundo da ex-gestante³². Os traumas relacionados às violências vividas resultam constantemente no receio em passar por outra gestação³⁰³³, o que estimula nas mulheres o desejo de não ter mais filhos.

“eu traumatizei, eu não penso em ter outro filho, não quero mais passar por isso na minha vida... Foi aterrorizante, nem quero lembrar mais disso” (C.A)

Desse modo, podemos visualizar que, para além das cicatrizes físicas da gestação e do parto, muitas emoções e memórias são criadas em consequência das violências sofridas nesse processo, revelando a dor sentida pelas mulheres durante um momento que é extremamente vulnerável e frágil.



Estudos brasileiros mostram maiores índices de depressão pós parto em puérperas negras, mesmo controlando fatores de confusão tais como características socioeconômicas e culturais³⁴. Além disso, foi evidenciado que o cuidado ineficiente das gestantes e bebês durante o processo parturitivo tem maior influência para a depressão pós parto³⁰ do que complicações obstétricas ou neonatais.

Rocha e Grisi³⁵ afirmam que a violência obstétrica é uma violência psicológica e, como tal, resulta em traumas nas puérperas. A maior parte (60%) das mulheres que experienciaram partos traumáticos demonstraram sinais de estados depressivos durante o pós-parto³⁴, como pôde ser visto na situação de C.A:

“e o pós-parto foi pior ainda, porque se não fosse minha família, a médica também que tava sempre conversando comigo, eu estaria louca, eu estava com depressão porque eu só chorava, só chorava mesmo, só ficava com aquilo na cabeça... porque passei por psicóloga, me acompanhou por um momento porque eu tava com pré-depressão pós-parto” (C.A)

Os sentimentos de tristeza, mágoa e rejeição podem acompanhar as mulheres pelo restante de suas vidas, reafirmando o quanto as marcas psicológicas podem ser mais intensas que as físicas e, dessa forma, mais difíceis de serem visualizadas. Uma escuta qualificada que acolha e reconheça o racismo institucional é essencial para a elaboração de mudanças possíveis na rotina de atendimentos e como forma de devolutiva social para melhoria dos serviços.

CONCLUSÃO

É possível perceber que o debate sobre violência obstétrica é recente, já a sua prática é antiga, cunhada na crença da superioridade do saber médico e do profissional de saúde e intensificada pelas desigualdades sociais e pelo racismo.

Apesar dos manuais existentes para uma atenção qualificada e acolhedora durante o ciclo gravídico puerperal, a VO é uma realidade e pode se apresentar de diversas maneiras, sendo agravada para as mulheres negras. Além disso, reconhecer que se trata de uma violência psicológica é essencial, pois pode acarretar danos irreversíveis.



Há, na literatura, uma escassez de trabalhos que enfatizem a percepção das parturientes sobre a violência sofrida, ter conhecimento da frequência da VO nos auxilia a propagar a importância de fornecer um tratamento acolhedor e respeitoso às pessoas que gestam durante o ciclo gravídico puerperal. Reconhecer a existência do racismo, do sexismo e do sistema de opressões é fundamental para capacitar os gestores e profissionais para uma melhor assistência, respeitando o corpo feminino negro.

Torna-se fundamental levar o conhecimento e trabalhar a fisiologia do parto e as práticas do parto humanizado com as mulheres durante o pré-natal e em outros momentos da vida, para que reconheçam seus direitos e possam lutar por eles. Para que haja uma prática de cuidado em saúde no Brasil que seja integral e equânime, é imprescindível considerar as relações étnico-raciais e o impacto do racismo no processo de saúde-doença da população brasileira.

O fato de a pesquisa ter sido realizada durante a pandemia representa uma limitação, assim como a amostra avaliada. Entretanto, não foi capaz de minimizar a importância das informações adquiridas.

REFERÊNCIAS

1. OMS: Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. In: Relatório de um grupo técnico. Genebra; 1996. p. 53p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do parto, Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília; 2002.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pre-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília; 2006 p. 162p.
4. BRASIL. Portaria n. 1459 [Internet]. Diário Oficial da União: Brasília; 2011. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
5. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saude Publica. 2014;30(SUPPL1):17–32.



6. Paulo S, F P L BA, Diniz SG, Schraiber LB, Collective Sexuality F, Flávia Pires Lucas A, et al. "At the medical school Violence against women VI. Lancet • [Internet]. 2002;359:1681–5. Available from: www.thelancet.com
7. Leal MDC, Nogueira da Gama SG, Braga da Cunha C. Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999-2001. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):100–7.
8. Scott, K.A. and Davis, D.-A. (2021), Obstetric Racism: Naming and Identifying a Way Out of Black Women's Adverse Medical Experiences. *American Anthropologist*, 123: 681 684. <https://doi.org/10.1111/aman.13559>
9. Theophilo RL, Rattner D, Pereira ÉL. The vulnerability of afro-brazilian women in perinatal care in the unified health system: Analysis of the active ombudsman survey. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(11):3505–16.
10. Borret RH, Silva MF da, Jatobá LR, Vieira RC, Oliveira DOPS de. "A sua consulta tem cor?" Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2020;15(42):2255.
11. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual São Paulo (SP)*. 2017;v, 5:01–12.
12. Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo HF de A, Carvalho PCA, Salgado H de O. A vagina-escola: Seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface Commun Heal Educ*. 2016;20(56):253–9.
13. Lei nº 11.634 [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2007. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm
14. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA da. The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics. *Esc Anna Nery - Rev Enferm*. 2015;19(4):614–20.
15. Carmo Leal M, da Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, do Carmo CN, Santos RV. The color of pain: Racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(Supplement 1):1–17.
16. Muniz BM de V, Barbosa RM. Problematizando O Atendimento Ao Parto: Cuidado Ou Violência? *Memorias Conv Int Salud Pública* [Internet]. 2012;55(21):1–11. Available from: <http://actasdecongreso.sld.cu/downloads/1083/744-4306-3-PB.pdf>
17. Henderson J, Gao H, Redshaw M. Experiencing maternity care: The care received and perceptions of women from different ethnic groups. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2013;13(1):1. Available from: *BMC Pregnancy and Childbirth*



18. Pasche DF, Vilela MEDA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2010;4(4):105–17.
19. Andrade MAC, Lima JBM de C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: *Cadernos Humaniza SUS – Volume 4: Humanização do parto e nascimento* [Internet]. Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde.; 2014. p. 19–46. Available from: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf
20. Ribeiro D de O, Gomes GC, Oliveira AMN de, Alvarez SQ, Gonçalves BG, Acosta DF. Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Rev Gauch Enferm*. 2020;41:e20190419.
21. MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4.
22. LEI Nº 11.108 [Internet]. Brasília (DF); 2005. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm#:~:text=LEI Nº 11.108 DE 7 DE ABRIL DE 2005. Altera a Lei nº 8.080, Sistema Único de Saúde - SUS.
23. Leal DM do C, Gama DSGN da, Filha DMMT, Domingues DRMSM, Silva DAAM da, Torres DJA, et al. *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento* [Internet]. [cited 2021 Jan 22]. Available from: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil
24. World, Organization H. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. In Geneva; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
25. de Lima KD, Pimentel C, Lyra TM. Racial disparities: An analysis of obstetrical violence among afro-brazilian women. *Cienc e Saude Coletiva*. 2021;26:4909–18.
26. KIMBERL... CRENSHAW. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. In University of California - Los Angeles: *Estudos Feministas*; 2002. p. 171–88.
27. Aguiar JM de, d'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2010;15(36):79–92.
28. Ayres JR de CM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2004;8(14):73–92.



29. Seixas CT, Baduy RS, da Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. The power of the bond for healthcare production: What guiding users teach us. *Interface Commun Heal Educ.* 2019;23:1–14.
30. Da V, Obstétrica V. "Outras Dores Além Do Parto": Um Estudo De Caso Com Mulheres Vítimas Da Violência Obstétrica. 2015.
31. Dantas S, Ferreira L, Vêras MPB. Um intérprete africano do Brasil: Kabengele Munanga. *Rev. USP [Internet].* 16 de setembro de 2017 [citado 5 de outubro de 2022];0(114):31-44. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/142366>
32. Dias SL, Pacheco AO. Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica Childbirth marks: the psychological consequences of obstetric violence Palavras-chave. *Rev Arq Científicos (IMMES) Macapá, AP.* 2020;(1):4–13.
33. Silva FM, Silva MDL, Araújo FNF de. Sentimentos Causados Pela Violência Obstétrica Em Mulheres De Municipio Do Nordeste Brasileiro. *Rev Prevenção Infecção e Saúde.* 2018;3(4):25–34.
34. Theme Filha MM, Ayers S, da Gama SG, Leal Mdo C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord.* 2016 Apr; 194:159-67. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.020. Epub 2016 Jan 21. PMID: 26826865.
35. Rocha MJ, Grisi EP. Violência Obstétrica e suas Influências na Vida de Mulheres que Vivenciaram essa Realidade. *Id Line Rev Psicol.* 2017;11(38):623–35.