

NARRATIVAS DE USUÁRIAS DO SUS SOBRE EXPERIÊNCIAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE/ RS: REFLEXÕES SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA¹

Natália Inês Schoffen Corrêa²

Carolina Pereira Montiel³

Laura Cecilia López⁴

A violência obstétrica vem se constituindo como um termo permeado por tensões e redefinições em escala internacional. As disputas em torno do conceito no contexto brasileiro se acentuaram nos últimos anos⁵, tendo sido tema de discussões importantes envolvendo representantes políticos, movimentos sociais e ativistas, sociedade civil e comunidade jurídica.

- 1 Este texto é um recorte da pesquisa “Assistência pré-natal, humanização e micropolíticas: um estudo antropológico sobre as experiências de gestantes no contexto do SUS” coordenada pela professora Laura Cecilia López, e inclui o trabalho de Iniciação Científica de Natália Inês Schoffen Corrêa com bolsa Unibic e recorte da dissertação de mestrado de Carolina Pereira Montiel, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em julho de 2017 (Montiel, López, 2020).
- 2 Graduanda em Psicologia pela Unisinos, bolsista de Iniciação Científica (Unibic) do PPG em Saúde Coletiva da Unisinos.
- 3 Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (bolsa Capes/Prosuc), especialista em Gestão em Saúde pelo Centro Universitário Senac/SP (2021). Possui graduação em Ciências Sociais pela Unisinos. Trabalha com a temática de gênero/raça, direitos/saúde reprodutiva, HIV/aids e educação permanente em saúde.
- 4 Antropóloga, professora e pesquisadora na área de Saúde Coletiva. Mestra e doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pós-doutora pela Faculdade Nacional de Saúde Pública (Universidad de Antioquia – Colômbia). Professora dos PPGs em Saúde Coletiva e em Ciências Sociais da Unisinos. Líder do LabIES.
- 5 Paes (2019) destaca os embates em torno do despacho SEI/MS – 9087621, emitido em maio de 2019 pelo Ministério da Saúde, que prevê a retirada do termo dos documentos oficiais e das políticas públicas (Brasil, 2019). De acordo com a autora, esse apagamento não traz benefícios para solucionar o problema, tendo como único efeito mascarar a situação atual à qual milhares de pessoas gestantes são submetidas em território nacional.

No contexto internacional, a violência obstétrica possibilitou a inclusão de leis específicas de proteção às pessoas gestantes⁶ em países da América Latina, como México e Argentina. Outras regiões vêm adicionando o tema em leis mais amplas que regem sobre a violência de gênero. No Chile, Argentina, Colômbia, Espanha e França existem Observatórios de Violência Obstétrica desde o ano de 2014, o que demonstra os avanços na discussão do tema em outros locais do mundo, sendo considerada uma violação grave dos direitos humanos (Paes, 2018; 2019). O Brasil conta com legislação genérica em níveis estaduais, apesar de não possuir uma lei federal específica. A violência obstétrica pode ser enquadrada em uma série de legislações já existentes no Código Penal brasileiro, como homicídio, lesão corporal, omissão de socorro e contra a honra. Ainda assim, é fundamental que o tema seja amplamente discutido e que sejam tomadas medidas específicas no enfrentamento a este cenário.

Apesar da grande quantidade de características associadas ao conceito e a toda polêmica envolvida, as definições de violência obstétrica ainda são provisórias e passam constantemente por atualizações, no sentido de ampliar as discussões através da análise de casos empíricos.

De acordo com Tesser *et al.* (2015), a violência obstétrica constitui um conceito que é utilizado para referir-se a uma diversidade de violências e danos provocados durante o cuidado obstétrico profissional, como maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como a utilização de procedimentos desnecessários e danosos. Entretanto, a violência obstétrica não é caracterizada apenas pelos excessos, mas também pelas ausências. A não-utilização de algum procedimento ou tecnologia clinicamente indicada e a violação de algum direito também são contempladas no guarda-chuva da violência obstétrica. Romper com o direito a acompanhante e não fornecer medicamentos e estratégias adequadas para alívio da dor são alguns exemplos de violências marcadas pela ausência, e não pelo excesso.

Conforme Diniz *et al.* (2015), trata-se de uma prática com efeitos que produzem morbimortalidade materna de diversas formas. As autoras entendem que o uso desregulado de tecnologias invasivas, como a ocitocina sintética, para indução ou aceleração do parto, a manobra de kristeller, o fórceps e a episiotomia possuem associação com piores quadros de saúde. Estudos nacionais apontam para a utilização desses procedimentos de forma injustificável e muito acima das recomendações clínicas (Diniz, 2009; Salgado; Niy; Diniz, 2013), o que levanta reflexões sobre as razões do uso indiscriminado destes recursos e sobre suas implicações na vida e na saúde das pessoas gestantes.

6 Utilizamos o termo para incluir nessa discussão mulheres cis, homens trans e não binários.

Aguiar e D'Oliveira (2011) afirmam que a violência obstétrica pode ser expressa das mais diversas formas, desde negligência na assistência e discriminação social e racial até violências físicas e verbais, como grosserias, ameaças e reprimendas. Casos mais severos de violência obstétrica chegam a conter abuso sexual. As autoras demonstram que a realidade vivenciada pelas pessoas gestantes no território brasileiro é permeada por violências na experiência de parto, violências estas que marcam fortemente o corpo e a produção subjetiva das mulheres, não raramente desencadeando traumas que as acompanharão ao longo da vida.

Pesquisas e discussões atuais destacam as experiências de homens trans como vítimas de violência obstétrica, na medida em que a transfobia potencializa a vulneração nos serviços de saúde (Yoshioka; Oliveira, 2023; Cardoso; Shimizu, 2023).

Nesse artigo, analisamos narrativas sobre experiências de parto e nascimento de mulheres cujas vidas estão atravessadas por profundas desigualdades sociais. A discussão da violência obstétrica se mostra central para o estudo, na medida em que as narrativas evidenciaram práticas de violências explícitas ou que, por vezes, apareciam de uma maneira velada. Pretende-se, a partir da análise dos casos, ampliar o conceito de violência obstétrica, tanto ao trazer outras dimensões das violências, que articulam marcadores de raça, classe, idade; quanto ao explorar dimensões internas ao conceito, focando nos efeitos subjetivos da violência obstétrica.

Metodologia

Os dados analisados são produto de uma pesquisa qualitativa sobre as experiências de mulheres em relação à assistência pré-natal prestada pelo SUS na cidade de São Leopoldo/RS. Analisamos aqui dados produzidos na investigação de campo desenvolvida entre os anos 2017 e 2019 em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que possuía na época duas equipes de Saúde da Família (eSF), localizada num bairro periférico, tendo como eixo as narrativas que referem situações de violência obstétrica disseminadas na rede de saúde, mas particularmente associadas à assistência na maternidade pública da cidade.

A abordagem biográfica guiou a pesquisa, sendo a entrevista a principal técnica de produção de dados. A narrativa é uma das principais formas com que as pessoas organizam sua compreensão de mundo (Gibbs, 2009). Nessa perspectiva, consideraram-se as narrativas sobre a experiência de um momento particular da vida e as memórias acionadas como centrais para reconstituir as experiências de gestação e parto das entrevistadas.

Foram realizadas duas etapas de investigação. Na primeira, que ocorreu entre março e maio de 2017, foram realizadas entrevistas com gestantes em acompanhamento pré-natal sobre suas experiências amplas de assistência, gestação e maternidade. Nessas narrativas, emergiram de maneira recorrente casos que poderíamos entender como de violência obstétrica, principalmente sofrida durante o parto de filhos anteriores. Isto motivou a segunda etapa da pesquisa, que consistiu em entrevistar mais gestantes do bairro cujo filho tivesse nascido no último ano. Esta etapa foi realizada entre os meses de outubro de 2018 e fevereiro de 2019.

Ao todo, foram entrevistadas dezesseis mulheres cis, que foram selecionadas a partir de indicações de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) por terem histórias diferenciadas. As agentes de saúde se tornaram fundamentais na pesquisa, já que nos apresentavam as histórias dessas mulheres e suas redes próximas, assim como nos acompanhavam no seu domicílio. Para guiar a entrevista, foi utilizado um roteiro com questões abertas que estimulasse relatos de vivências e percepções sobre gestação e maternidade, e sobre assistência ao parto. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Foram elaborados diários de campo sobre o contexto de entrevista, considerando também as conversas com as agentes de saúde, o percurso até chegar às entrevistadas e como aconteceu a visita na casa delas, para auxílio na análise de dados.

Para a análise das narrativas biográficas seguimos a proposta de Jovchelovitch e Bauer (2002), com foco no material indexado (quem fez o que, quando, onde e por que) e não-indexado (toda forma de uma generalizada “sabedoria de vida”), para analisar o ordenamento dos acontecimentos para cada indivíduo (trajetórias) e as opiniões, conceitos e teorias gerais; para posterior agrupamento e comparação das trajetórias individuais e identificação de trajetórias coletivas. Foram integrados também os dados produzidos na observação e conversa informal com a equipe de saúde, particularmente com as agentes comunitárias.

Cabe destacar que os nomes das entrevistadas foram substituídos por nomes fantasia, para preservar seu anonimato.

Sobre o perfil sócio demográfico das entrevistadas, estavam na faixa etária entre 16 e 36 anos de idade. Com ensino fundamental incompleto, apenas uma delas tinha ensino médio completo e era ACS. As outras eram desempregadas e/ou se definiram como “do lar”. A mais jovem estava na primeira gestação, as demais já tinham entre um e seis filhos. Cinco delas se auto-identificaram como negras (pretas/pardas) e onze como brancas. Duas entrevistadas possuíam plano de saúde e mesclaram o acompanhamento pré-natal entre a unidade básica e o convênio, e o restante das mulheres foram atendidas no pré-natal exclusivamente por serviços públicos

de saúde do município. Em relação aos partos, a maioria das entrevistadas tiveram suas experiências de parto na maternidade pública da cidade, sendo válido destacar que este município possui apenas um hospital público com maternidade. Muitas dessas mulheres tiveram ao menos uma outra experiência na mesma maternidade, sendo possível tecer comparações em relação ao atendimento local ao longo dos anos.

Limites da violência obstétrica: Por que nem toda violência é percebida?

Na análise dos dados constatou-se o aparecimento de uma série de violências associadas à atenção à gestação, em especial na experiência de parto. Com base nesses achados discutiremos as narrativas sobre a experiência de violência obstétrica das entrevistadas, buscando compreender por quais motivos algumas situações são consideradas pelas mulheres como violências e outras não.

Para apresentação e sistematização dos resultados organizaremos os casos que tem alguma narrativa que podemos entender como de violência obstétrica. Começaremos pelas referências a situações que chamaremos de “violência velada”, em que as participantes explicitaram desconforto frente a estas experiências, ainda que não tenham construído um discurso com caráter de denúncia.

A falta de informações, a cesárea utilizada arbitrariamente, a ausência de acolhimento por parte da equipe profissional e a não garantia de acompanhante, foram alguns dos temas mais comumente referidos pelas entrevistadas, o que corrobora com a literatura recente (Zanardo *et al.*, 2017; Lansky *et al.*, 2019; Guimarães; Jonas; Amaral, 2018; D’Orsi *et al.*, 2014; Oliveira *et al.*, 2017; Fabbro; Machado, 2017).

Thea era uma mulher que na época da entrevista tinha trinta anos, branca e mãe de duas meninas. Thea morava com suas filhas, seu irmão e seu companheiro. Ela relata ter planejado as gestações, sendo que as duas foram categorizadas como de alto risco e, por esse motivo, os nascimentos ocorreram através de cesárea. Quando questionada acerca de sua avaliação em relação ao atendimento obstétrico, Thea narra: “*Foi tudo bem, eles foram atenciosos assim, sabe. Tanto falatório sobre o hospital, mas disse eu não tenho do que reclamar, não. Comigo foi tudo bem, sabe*” (Thea, 30 anos).

Apesar da boa avaliação em relação aos cuidados recebidos da equipe de profissionais, Thea relata não ter recebido qualquer informação sobre os procedimentos que seriam realizados. A ausência de explicações e de

acolhimento para suas perguntas gerou sentimentos de ansiedade que se intensificaram no momento da cesárea, como fica evidente em sua narrativa:

Quando eu cheguei lá dentro, meu Deus do céu, eu já estava nuns nervos só, e quando eu cheguei lá dentro da sala e tinha eu acho que uns dez me esperando lá dentro, eu pensei: “Será que é tão arriscado isso”. Eu pensei “eu não quero passar por isso.” Imagina se eu perdesse essa menina, eu não sei. Deus o livre... (Thea, 30 anos).

A sua fala reflete o medo que sentiu como algo individual, que não pudesse ser aliviado por uma equipe que a acolhesse melhor. A entrevistada ressaltou como único desconforto o fato de não ter sido respeitado o direito a acompanhante. Porém, para ela ficou justificado com o dizer da equipe:

A única coisa que eu não gostei deles é de não terem avisado o meu marido do que estava acontecendo. O tanto que eu fiquei e não falei nada. Eu passei todo aquele dia sozinha. [...] Ele não acompanhou o parto. Eles [equipe profissional] não deixaram acompanhar. Era perigoso, eles disseram (Thea, 30 anos).

Interessante notar que a equipe não permitiu a presença do marido alegando que era um parto “perigoso”, o que potencializa mais ainda a violação do seu direito ao acompanhante.

Safira era uma mulher de 36 anos branca e mãe de três filhos, que residia com sua mãe, seu companheiro e seus filhos. Ela narrou desconforto frente ao atendimento prestado pelos profissionais da maternidade: “

Não gostei muito. Tipo, na troca de plantão tinha umas enfermeiras que eram meio estúpidas. Mas foi normal. A gente tem que entender que é muitas [usuárias] pra elas... Mas nada assim, né... Foi bom (Safira, 36 anos).

No caso, a entrevistada justifica a falta de acolhimento pela sobrecarga de trabalho.

Callista era uma mulher de 23 anos, negra e mãe de duas crianças que nasceram por cesárea. A entrevistada considerou-se de “família de mães solteiras”. Ela mencionou ter passado a gestação sem o companheiro (pois tinham se separado), mas depois que a bebê nasceu, ele voltou a morar com ela. Callista também narrou experiências que demonstram uma

prática profissional de não informar as usuárias e de não acolhimento às suas demandas. Questionada se os profissionais informavam sobre os procedimentos, e se foi informada sobre por que foi realizada uma cesárea, ela afirma que:

Pode ser que elas tenham falado pra minha mãe, mas pra mim não. [...] Lá no hospital eu não fazia muitas perguntas, sabe. Não era como ali no posto, que elas me explicavam tudo. No hospital não dava pra perguntar nada (Callista, 23 anos).

A entrevistada também mencionou que sentiu dor, antes, durante e depois do parto e não recebeu ofertas de possibilidades para aliviá-la.

A literatura aponta para a utilização arbitrária da cesárea e para taxas muito acima das recomendações científicas (Leal; Gama, 2014; Leal *et al.*, 2014; Riesco, 2014), o que pode estar associado com experiências como as narradas por Callista, que passou pela cirurgia sem receber qualquer explicação acerca de sua necessidade e dos procedimentos realizados.

Elissa era uma mulher de dezessete anos, branca, mãe de uma menina, que também referiu em sua narrativa ausência de acolhimento e de informações por parte da equipe de profissionais da maternidade. Ao ser questionada sobre sua experiência no hospital, ela relata:

Meu Deus, muito ruim pra ganhar. Jesus. Horrível. Nunca mais esqueço da dor. Eles até davam remédio pra aliviar, mas assim, é que eles estavam dando errado, entendeu? E aí chegou uma outra médica lá e aí ela me deu os remédios certos (Elissa, 17 anos).

As tecnologias utilizadas de forma arbitrária mais frequentemente mencionadas pelas entrevistadas dizem respeito à indução do parto com ocitocina sintética e a episiotomia. Das entrevistadas que narraram experiências de parto normal dentro do último ano, todas passaram pelo uso de ocitocina. A narrativa de Elissa demonstra que, além do uso da tecnologia de forma desregulada, as equipes da maternidade não tiveram o cuidado de explicar sobre os procedimentos para as mulheres assistidas: “*elas disseram que não estava com nada de dilatação. Daí chegou essa outra médica e arrumou, daí foi que eu ganhei.*” (Elissa, 17 anos).

Cora era uma mulher de 22 anos, branca, mãe de dois filhos e beneficiária do programa Benefício de Prestação Continuada (BPC), devido ao seu filho mais velho, que possui Síndrome de Down. Cora reside com seu companheiro, seus filhos e seus dois enteados. Quando questionada

sobre a experiência de parto, a entrevistada demonstra satisfação e pontua a não-necessidade de fazer episiotomia: “*Foi tudo bem. [...] Não precisei nem ganhar ponto, nem nada*” (Cora, 22 anos)

Em conversa com Lídia, agente de saúde responsável pela família de Cora, a profissional reitera a frequência da utilização de episiotomias e apresenta a experiência da participante como um caso excepcional. A utilização de tecnologias como a episiotomia e a ocitocina de forma rotineira e sem preocupações com o consentimento e esclarecimento às mulheres ainda é uma realidade no território nacional (Vogt *et al.*, 2011; Guimarães; Jonas; Amaral, 2018; Leal *et al.*, 2014; Pedroso; López, 2017; Zanardo *et al.*, 2017). A naturalização dessas violências propagadas no momento do parto, mostraram-se presentes não apenas na narrativa das participantes do estudo, mas também entre as profissionais da unidade de saúde. Os achados do estudo são corroborados pela literatura, que aponta para a banalização não somente do uso indiscriminado de tecnologias invasivas e desnecessárias, também para a naturalização de comportamentos rígidos e hostis por parte dos profissionais da saúde (Pedroso; López, 2017; Aguiar, D’Oliveira; Schraiber, 2013; Aguiar; D’Oliveira, 2011). Vogt *et al.* (2011) apontam para a redução do uso de episiotomias, ocitocina e fórceps nas maternidades com práticas humanizadas. De acordo com as autoras, a ocitocina e a episiotomia são consideradas por muitas equipes de saúde como práticas rotineiras e, conseqüentemente, são usadas sem qualquer justificativa ou avaliação de sua necessidade.

Apesar da ausência de informações, da postura rígida e não-acolhedora por parte da equipe profissional, da utilização de tecnologias desnecessárias e da violação de alguns direitos, muitas das participantes do estudo consideraram seus atendimentos positivos e raramente apresentaram queixas concretas sobre o tratamento, principalmente quando não questionadas diretamente sobre o tema. Estudos demonstram que esta dissonância entre o tratamento prestado e a avaliação das mulheres pode ter associação com as baixas expectativas por parte da população naquilo que concerne aos serviços públicos. (D’Orsi *et al.*, 2014; Pedroso; López, 2017; Aguiar; D’Oliveira, 2011).

A violência obstétrica pode ser caracterizada de várias formas, e alguns dos cenários mais característicos e mais comuns do fenômeno envolvem discriminação de qualquer espécie e negligência no atendimento, e prática de violências físicas, psicológicas ou verbais (Aguiar; D’Oliveira, 2011). Filipina e Gaia terão suas narrativas analisadas com objetivo de evidenciar as práticas violentas que foram sinalizadas explicitamente nos relatos e refletir no que as diferencia das vivências de outras entrevistadas que não foram nomeadas como violência.

Gaia era uma mulher de 24 anos, mãe de três filhos, branca, dona de casa e beneficiária do Programa Bolsa Família. A participante reside em uma casa com sete pessoas: seu companheiro, seus filhos, sua mãe e seu irmão. Quando questionada sobre as expectativas em relação ao parto, Gaia narra diversas vivências assustadoras. A entrevistada apresenta uma série de violências propagadas desde sua primeira experiência de parto, ocorrida há quatro anos:

pensava que ia ser bem tranquilo, a gestação foi tranquila, mas na hora do parto que não foi tão tranquilo assim, porque ele foi parto fórceps né? [...] Foi puxado a ferro. Na verdade foi bem horrível, mas passou (Gaia, 24 anos).

Diniz (2005) reconstrói a história dos partos no território brasileiro, onde a utilização do fórceps não somente era algo rotineiro como foi por muito tempo uma prática considerada pelos médicos e pela equipe de profissionais da saúde como uma maneira “humanizadora” de auxiliar as gestantes no momento de dar à luz. Atualmente a literatura aponta para redução significativa no uso desta tecnologia, em especial em instituições que buscam adotar as práticas de humanização no parto. Apesar disso, a ocitocina e a episiotomia continuam presentes na experiência de parto de boa parte das brasileiras (Leal *et al.*, 2014).

Gaia relata que as violências institucionais iniciaram muito antes do parto:

Foi péssimo [o atendimento do hospital]. Porque eu fiquei três dias, bem dizer, em trabalho de parto. No primeiro dia que eu fui, eu estava com muita contração, eles foram lá e deram Buscopan na veia, daí eu fiquei lá das sete da noite até as sete da manhã, pra mim vim embora. Então eu não gostei muito. No segundo dia eu fui sangrando, perdendo sangue, eles não quiseram me baixar, falaram que isso não era o suficiente pra baixar. Nesse dia eu tive muito medo por causa do sangue, pensei que podia tá abortando, mas eles me mandaram embora pra casa. Daí no terceiro dia, que foi o dia que ela nasceu né, aí eu fiquei em casa de manhã até a noite com contração, esperei porque não adiantava ir com contração longe, então eu esperei apertar bastante, daí eu cheguei lá e fiquei umas duas horas ainda esperando, o atendimento lá é muito ruim, fiquei duas horas esperando. No momento em que eles me atenderam eu já estava com sete dedos de dilatação (Gaia, 24 anos).

Em sua narrativa, Gaia relata negligência em relação ao seu atendimento desde seu primeiro contato com a maternidade, mesmo antes de ser internada. Ao ser questionada sobre sua experiência de parto e sobre o atendimento fornecido na instituição de saúde, a participante revela:

Eu fiquei lá na maca, me largaram lá como se fosse um bicho, abandonada, daí foi onde a nenê nasceu, foi na maca. [...] Cheguei lá, daí quando elas finalmente me atenderam, elas me botaram no soro só pra dilatar mais rápido, sabe? Daí es-touraram a minha bolsa, tudo, ali estava a médica, depois me abandonaram que nem um bicho, e eu fiquei lá sozinha. Daí eu só gritei pra segurarem, porque ela ia cair da maca. Então meu susto, minha dor de tá nascendo e minha dor com medo de que caísse da maca (Gaia, 24 anos).

Em sua narrativa, Gaia apresenta uma série de violências propagadas pela equipe de profissionais que vão desde a utilização desnecessária de ocitocina e a ausência total de informações e de acolhimento até a negligência de mandá-la para casa sangrando e de abandoná-la em quarto vazio para dar à luz sozinha. Os efeitos mais rapidamente percebidos pela entrevistada associado com o desconforto para com o ambiente hospitalar, demonstrado na fala em que Gaia diz esperar até o último minuto para sair de casa, uma vez que “*fiquei em casa de manhã até a noite com contração, esperei porque não adiantava ir com contração longe, então eu esperei apertar bastante*” (Gaia, 24 anos). Em um segundo momento de seu discurso, a mulher narra que: “*Quando a gente entra lá a gente tem um único pensamento, é o de ir embora, porque em casa a gente tem um conforto, e o pessoal ali... lá a gente fica abandonada né?*” (Gaia, 24 anos).

A entrevistada relata que foi deixada em um corredor com o bebê no colo após seu parto e teve seu direito a acompanhante violado. Gaia conta que o marido foi liberado para a encontrar somente mais tarde, quando a entrevistada foi transferida para um quarto. Quando questionada em relação ao atendimento da equipe, Gaia narra: “*As enfermeiras lá [no hospital] são muito cavalonas, elas não te dão abertura assim que nem no posto né, pra ti perguntar. Tem muitas lá que eu acho que nem poderiam trabalhar lá, de tão ignorantes que são*”. (Gaia, 24 anos).

De acordo com as narrativas analisadas, os profissionais e o ambiente não transmitem acolhimento e abertura para que as mulheres possam se conectar e ter seus medos e dúvidas sanadas de forma adequada. Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013) demonstram a banalização das práticas violentas por parte dos profissionais da saúde. As equipes percebem que tais comportamentos são necessários por serem entendidos como uma

forma de demonstrar autoridade. De acordo com estas profissionais, é o “contexto de trabalho difícil” que as leva a tomar determinadas medidas. As autoras relatam que mulheres que demonstram descontentamento e queixas no pré-parto, parto ou pós-parto são frequentemente mais ignoradas e mais negligenciadas nas maternidades, sendo tema de piadas internas e de chacotas por parte das equipes de profissionais.

Aguiar e D’Oliveira (2011) demonstram que as experiências socialmente propagadas de sofrimento e de violência no momento do parto fazem com que as mulheres esperem por vivências traumáticas, o que parece as fazer naturalizar o fenômeno. Nesse sentido, as narrativas conformadas de Callista e de Elissa são corroboradas pela literatura, enquanto a denúncia relatada por Gaia apresenta-se como uma inconformação com o tratamento recebido.

Em relação a avaliação do atendimento recebido, D’Orsi *et al.* (2014) demonstram que as mulheres valorizam os atendimentos baseados no acolhimento e com abertura para o diálogo. De acordo com as autoras, possibilitar que as mulheres façam parte da tomada de decisões sobre seus corpos e estar disponível para sanar as dúvidas estão entre os fatores mais importantes na satisfação do atendimento de gestantes e puérperas. Quando questionada sobre a experiência de gestação e sobre o atendimento no serviço público, Gaia relata:

Na unidade [de saúde] foi excelente o atendimento, a enfermeira e a médica são ótimas mesmo. Elas tavam sempre me perguntando como eu tava, e qualquer dúvida eu sempre podia falar com elas, sabe. Agora no hospital eu acho que eles tinham que revisar, ver mais as equipes, porque ali [no hospital] muitas mães, pelo que eu vi, sofreram muito, como eu sofri. Então eles tinham que cair um pouco mais em cima, porque tá meio desleixado isso (Gaia, 24 anos).

Se aproximando da fala de Elissa e de Callista e corroborando os achados da literatura, a narrativa de Gaia aponta para aprovação no atendimento de equipes que criam vínculos e demonstram interesse genuíno pela vivência das mulheres, mostrando-se disponíveis para sanar dúvidas e auxiliar as mulheres atendidas.

Com uma experiência de parto totalmente diferente, mas igualmente dolorosa, Filipina narra uma série de violências propagadas pela equipe da maternidade, em especial pela médica obstetra responsável pela sua cirurgia cesárea. A participante afirma ter esperado a manhã inteira pelo atendimento, ter sido ofendida pela médica no momento do parto e ter tido seu direito a acompanhante violado em boa parte do parto:

Eu peguei uma médica acho que muito... vamos dizer... estúpida. Desde que eu cheguei ela já chegou me dizendo que eu não poderia entrar em trabalho de parto porque já era minha quarta cesárea. [...] Ela não explicou muito isso, só disse que eu ia fazer cesárea, daí quando decidiram me atender lá fui encaminhada pra cirurgia. [...] Eu cheguei lá com um dedo de dilatação. Era pra ela ter feito a minha cesárea assim que eu cheguei e ela foi fazer lá pelo meio-dia, depois de me deixar desde as sete da manhã esperando. [...] Ela disse pra mim que como a minha cesárea era de alto risco, ela tinha algumas prioridades na frente que ela não poderia deixar porque ela não sabia se eu ia ou não sair com vida (Filipina, 29 anos).

Assim como Thea, Filipina passou por uma experiência de gestação de risco e precisou fazer uma cesárea de alto risco. Entretanto, enquanto Thea narra satisfação com seu atendimento, a experiência de Filipina é repleta de eventos traumáticos. Apesar das experiências singulares, Gaia e Filipina narram experiências de assistência ao parto repletas de violências, uma delas pela negligência e escassez de cuidados, e a outra pelas ofensas e reprimendas:

O tempo inteiro ela [médica obstetra] foi bem rígida, daí quando ela começou a me cortar, não pegou minha anestesia, tive que tomar três anestésias, daí não pegava, aí me deu medo e ela falando um monte de coisas. Daí ela disse pra mim como é que eu tava tendo mais uma gravidez se eu sabia que eu poderia morrer. Se eu não tinha vergonha de botar mais uma vida em risco. E ela me abriu e falou “Olha aqui, nós estamos vendo teu nenê, tu pode morrer a qualquer momento.” (Filipina, 29 anos)

Reprimendas e ameaças, violências materializadas no corpo de Filipina que a colocavam como um corpo sem valor, à beira da morte, não merecedor de cuidado. A médica moraliza e marca o corpo e a maternidade de Filipina, uma maternidade não autorizada desde o topo do saber/poder da médica por “botar em risco” a vida [do bebê?]. Filipina identifica na entrevista uma série de violências estruturais que marcaram a sua vida, reforçando-se a manutenção de hierarquias reprodutivas (Mattar; Diniz, 2012) e a punição das maternidades consideradas “à margem”.

Elissa também narra problemas com a aplicação de medicamentos para alívio de dor, o que demonstra que o caso de Filipina não foi uma

exceção: “Eles até davam remédio pra aliviar [a dor], mas assim, é que eles tavam dando errado, entendeu? E aí chegou uma outra médica lá e aí ela me deu os remédios certos.” (Elissa, 17 anos).

Aguiar, D’Oliveira e Schraiber (2013) relatam que problemas com a utilização de procedimentos relativamente simples na assistência ao parto, como o uso adequado de anestesia e de medicações para alívio de dores, são comuns na realidade brasileira. Os profissionais das maternidades relatam que a escassez de recursos materiais e de pessoal são os principais fatores associados a tais dificuldades, que acabam por influenciar negativamente na experiência das mulheres, como ocorreu com Elissa e com Filipina. De acordo com estes dados, a experiência destas participantes não parece ser uma exceção na realidade brasileira.

Filipina relata ter chorado na sala de cirurgia devido ao medo que sentia, revelando diversas vezes que a experiência “foi horrível”. De acordo com a entrevistada, o momento do parto já delicado e constrangedor, seu choque e desespero foi com a percepção de que mesmo as pessoas que deveriam estar cuidando e auxiliando pareciam estar mais preocupadas em machucá-la ainda mais:

Foi horrível. Lá dentro da sala de cirurgia eu cheguei a chorar porque tu já tá ali num momento muito delicado, tu já tá com medo, e a pessoa que tá lá pra te dar apoio acaba te maltratando muito mais. Até quando eu fui pro quarto uma [enfermeira] disse tem que denunciar isso. Aí eu disse “Ah, o que aconteceu, aconteceu. Vai passar também” (Filipina, 29 anos).

A literatura demonstra que os profissionais sabem distinguir condutas recomendadas pelas evidências científicas e comportamentos não-recomendados. Todavia, há uma naturalização por parte da equipe de médicos e de enfermeiros que garante a manutenção de práticas violentas e agressivas, normalmente consideradas “mais ríspidas” pela equipe. Os profissionais compreendem que “aumentar a voz”, ameaçar interromper o atendimento e “puxar as pacientes para a realidade” são formas legítimas de tentar fazer com que as pacientes colaborem mais com o trabalho de parto. Esse tipo de conduta é percebido como uma forma eficaz de exercitar a autoridade profissional frente às mulheres “mais difíceis” (Aguiar; D’Oliveira; Schraiber, 2013). Desse modo, é possível que a conduta narrada por Filipina não apenas não represente uma exceção na assistência ao parto, como também pode ser percebida pelos profissionais como uma forma adequada e eficiente de trabalhar com algumas pacientes que chegam nas maternidades.

Com uma experiência de parto vaginal e com uma experiência de cesárea, as narrativas de Gaia e de Filipina demonstram que a humanização e as boas práticas na assistência ao parto não devem possuir associação direta com o modelo de parto, mas sim, com a conduta e com o acolhimento por parte dos profissionais responsáveis. Entendida como a defesa dos direitos das mulheres de forma ampla e a legitimidade de seu lugar de protagonista tanto na experiência de parto quanto nas tomadas de decisões sobre seus corpos (Mattar; Diniz, 2012), a humanização no parto está associada com o cuidado ofertado às mulheres, e não com as tecnologias utilizadas, necessariamente. Desse modo, as narrativas de Filipina e Gaia demonstram que não existe o “parto certo” ou o “parto errado”, mas sim, modelos de assistência mais ou menos humanizados.

A discussão envolvendo a experiência de parto e a humanização deste momento surge no Brasil com o objetivo de garantir um modelo de assistência menos violento e intervencionista. Destacando-se os benefícios e os riscos de determinadas práticas para a saúde da pessoa gestante e do bebê baseados em evidências científicas de qualidade, o modelo de parto humanizado tem a intenção de singularizar as experiências e de enfatizar os fatores sociais, culturais e emocionais das pessoas assistidas (Seibert *et al.*, 2005). Apesar dos avanços desse debate, as narrativas de Gaia e de Filipina apontam para o longo caminho que ainda precisa ser percorrido na busca pela oferta de uma experiência de parto menos traumática e mais acolhedora.

Algumas das entrevistadas apresentam narrativas que demonstram a violação do direito a acompanhante, apesar da Lei (Brasil, 2005) ser antiga. Sendo considerada um fator de proteção contra exercícios de violência obstétrica (D’Orsi *et al.*, 2014), chama a atenção que as duas participantes que relataram com mais ênfase e dor os traumas vividos na experiência de parto também narram a violação deste direito. Junges *et al.* (2018) apontam para os benefícios de ter acompanhante no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto. De acordo com as autoras, as ações de acompanhante vão desde o apoio emocional e informacional às pessoas gestantes até intermediações frente a equipe profissional, o que pode estar associado com a redução nas taxas de práticas violentas neste tipo de assistência. Os achados da literatura reforçam a necessidade de valorização do acompanhante e ampliação da garantia desse direito.

Regina, 32 anos, negra, gestando o terceiro filho⁷. Sua gestação foi classificada de alto risco em consequência de uma hérnia que desenvolveu após a cesárea do primeiro filho. Os dois primeiros filhos nasceram de cesárea, e ela não contou com acompanhante. Conforme o relato da agente

7 Este caso foi analisado em Montiel e López (2020).

de saúde, Regina sofria violência praticada pelo marido, que era usuário de crack. Ambos estavam desempregados, ela em virtude de estar impossibilitada de trabalhar por ter uma gestação de alto risco. Naquele momento era beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF). A entrevistada, ao narrar suas experiências de assistência das duas primeiras gestações:

[na primeira gestação] eu peguei uma médica que não era obstetra, era médica da família, aqui no postinho. Ela falou que a placenta tinha virado, por isso que eu não ia ganhar normal, mas lá no hospital me falaram, não, moça, tu deve ter confundido, porque a placenta não tem como virar, a placenta não vira, o que vira é o nenê. Daí até hoje eu não sei por que eu não ganho normal, mas desde o primeiro... O segundo foi porque eu não tinha nenhum músculo na barriga, a primeira gestação me arreventou toda a musculatura que eu tenho na barriga. Abriu no meio, tanto que botaram a tela no lugar do músculo, daí não tinha como empurrar mesmo, que os dez dedos de dilatação já tinha. Eu ganhei o nenê, eu fiquei uma semana de depressão, porque o meu couro da barriga que tinha esticado, ele caiu tudo no chão assim, no chão não, nas minhas pernas né, mas caiu tudo assim, era horrível, descascava, foi assim, horrível mesmo (Regina, 32 anos).

Desde falhas de comunicação com a médica de família, que provocaram incertezas sobre a indicação de cesariana, até a pressuposição de negligências na assistência pré-natal e na própria cirurgia, deixaram marcas no seu corpo que afetaram profundamente sua vida, sua autoestima. Nota-se também uma ausência de cuidado por parte da rede de saúde no puerpério, uma invisibilidade desse corpo feminino negro sofrendo. Ainda reforçando o processo de invisibilização:

Quando eu ganhei o último agora, o doutor [ginecologista que acompanhou o pré-natal] me deu um papel e tudo pedindo que ele [obstetra do hospital] fizesse a laqueadura, e ele falou que não podia porque eu tinha só dois filhos, e que a tela, não tinha nada a ver eu engravidar com a tela porque a tela esticava como músculo. Agora eu levei mais um xingão do médico que falaram que tem tudo a ver sim, que eu não podia ter engravidado, que é alto risco mesmo, principalmente na hora de ganhar (Regina, 32 anos).

Regina, seu corpo, sua história, se tornaram invisíveis no meio de protocolos e procedimentos de rotina, nos devaneios entre os médicos da atenção primária e da atenção hospitalar, ainda sendo culpabilizada pelo fato de engravidar novamente. Ressaltamos o caso de Regina por ser a vivência mais “marcada no corpo”, e que expressa uma série de descasos disseminados pela rede de saúde, para além do atendimento no hospital.

Discussão

Podemos atrelar a violência obstétrica ao conceito de violência institucional, ao se entender que a lógica exercida nos serviços de saúde está permeada por relações de poder, pela construção social de papéis e das discriminações em determinada conjuntura sócio-histórica (Aguiar, D'Oliveira; Schraiber, 2013). Aguiar e D'Oliveira (2011) entendem que a violência institucional está associada com a construção de uma conduta profissional e institucional que violenta as usuárias, normalmente baseada nas relações e nas representações de gênero que fundamentam as práticas sociais.

Arguedas-Ramírez (2014) elaborou o conceito de “poder obstétrico”, como a expressão de um poder disciplinador que opera sobre os corpos com capacidades reprodutivas para engravidar e parir, dentro de uma estrutura social de gênero patriarcal. Baseada em aportes do feminismo crítico, entrelaça a ideia de que o exercício deste poder patologiza a gravidez e o parto como modo de “colonização do útero” (termo retomado de Nancy Ehrenreich) com a proposta foucaultiana de controle dos corpos através da tutela médica. Esses disciplinamentos são requeridos para conduzir a economia da reprodução (Arguedas-Ramírez, 2014).

A formação histórica da ginecologia/obstetrícia produziu a diferença sexual binária (Rohden, 2009) e delimitou procedimentos médicos para enquadrar a ‘natureza feminina’ no espaço de uma normalidade reprodutora (Vieira, 2002), hierarquizando corpos e parentalidades marcados por raça, classe, idade, orientação sexual (Mattar; Diniz, 2012). Nesse sentido, o exercício do poder obstétrico encarna-se em uma trama interseccional, sendo as mulheres pobres, indígenas, negras, jovens, as mais afetadas pelo exercício violento desse poder (Arguedas-Ramírez, 2014).

Interessante notar que a principal característica do poder obstétrico, apontada por Arguedas-Ramírez (2014), é a promoção de “injustiça epistêmica”, exercida a partir de um saber institucionalizado sobre os corpos que serão disciplinados ao despojá-los da condição de sujeitos de conhecimento. As pessoas gestantes, ao não serem informadas sobre os

procedimentos biomédicos e ao não participarem das decisões que são tomadas sobre seus corpos, estão sendo destituídas da capacidade de diálogo com seus saberes e vivências, violando a sua autonomia.

Leal *et al.* (2017) analisam as iniquidades na atenção pré-natal e ao parto de acordo com a raça/cor das mulheres cis. Foram verificados piores indicadores entre as mulheres pretas e pardas, em comparação às brancas, sendo as primeiras mais suscetíveis a receber uma assistência pré-natal inadequada. Isto se expressa em um menor número de consultas e exames, assim como em uma precarização na vinculação à maternidade para o parto e no acesso a orientações, o que provoca menor garantia dos seus direitos como parturiente.

Leal *et al.* (2017) apontam como indicador de iniquidade racial, que mulheres cis negras sofreram menos intervenções obstétricas no parto do que as brancas, evidenciando um 'menor cuidado' denotado na não-realização de intervenções necessárias para suas condições de saúde. Outro indicador de iniquidade racial analisado pelas autoras foi em relação às mulheres negras terem recebido menos anestesia local quando submetidas à episiotomia. A menor oferta de anestésicos no parto vaginal para as mulheres negras já tinha sido constatada no estudo de Leal *et al.* (2005) em maternidades do Rio de Janeiro.

A garantia do direito ao acompanhante é uma importante estratégia de proteção a todas as mulheres em um momento de fragilidade e vulnerabilidade. Os achados relativos à questão no artigo, vão ao encontro do artigo escrito por Leal e Gama (2014), no qual comprovam a não garantia do direito de acompanhante de livre escolha para a maioria das mulheres de todas as raças/etnias, questão assegurada por lei. Ter uma pessoa conhecida no momento do parto e/ou todo o período da internação proporciona alívio da dor, segurança, bem-estar emocional e físico (Souza; Gualda, 2016). A ausência do acompanhante impacta negativamente na experiência após o parto das mulheres com seus filhos, pois sentem-se sobrecarregadas, inseguras para o exercício do cuidado com seus bebês e consigo mesmas e experimentam a desassistência por parte dos profissionais de saúde (Mittelbach; Albuquerque, 2022).

Ademais, a partir do momento em que essa questão é comprovadamente maior entre mulheres negras, é reiterada a exposição à violência de corpos historicamente agredidos e invisibilizados. Theophilo, Rattner e Pereira (2018), analisando estudo realizado com dados da Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha, indicam que 68% de mulheres pretas/pardas não tiveram direito a acompanhante no parto, destacando que, para mais de 50% de todas as mulheres, o motivo foi a desautorização do serviço de saúde. Mittelbach e Albuquerque (2022) apontam, em estudo

realizado em cidade da região Sul do Brasil, que entre as mulheres negras entrevistadas, 67% não foram autorizadas a ter acompanhante de sua escolha em nenhum momento da internação para o parto. Essa ausência deixa mulheres negras mais suscetíveis à violência obstétrica, pois o racismo estrutural favorece a ocorrência dessas situações (Flaesch, 2020).

O caso de Regina, que carrega em seu corpo as marcas da sua violência, concretiza como a questão das violências e negligências são mais acentuadas sobre os corpos femininos e negros (Montiel; López, 2020). As disparidades geradas pelo racismo reverberam em âmbitos estruturais e institucionais, influenciando decisivamente na trajetória de cuidados e práticas destinadas as mulheres negras, colaborando para a invisibilidade de um corpo em sofrimento.

Um caso marcante nessa questão foi o de Alyne Pimentel, mulher cis negra e pobre moradora da Baixada Fluminense, que veio a óbito em 2002, após uma série de violências e violações por parte da instituição hospital pela qual foi atendida. Delineado como uma violação aos direitos humanos e levado ao Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) das Nações Unidas, o Estado brasileiro foi condenado pela negligência e por falhas na proteção dos direitos de Alyne. A condenação se tornou um marco na questão no país, fortalecendo a implementação da Rede Cegonha e trazendo para discussão os altos índices de morte materna entre mulheres negras. No caso de Alyne, é perceptível de maneira mais crua os efeitos do racismo, do que o fato de uma doença prevalente na população negra ter se apresentado. A dimensão da assimetria racial, vinculada a quais vidas merecem ser cuidadas e quais são deixadas de lado, é o que se mostra mais urgente na produção das mortes maternas de mulheres negras (López, 2016).

Considerações finais

A violência obstétrica está intimamente ligada a questões estruturais que produzem e mantêm desigualdades, operando em uma lógica que potencializa violações anteriores ao momento do parto. As estruturas patriarcais, que retiram as mulheres cis e demais pessoas que gestam do lugar de sujeitos de direitos, de saberes, de potência, são operadas e amplificadas na violência obstétrica pela afirmação de que profissionais de saúde, em especial médicos obstetras, detém pleno saber e domínio sobre seus corpos. O racismo estrutural e institucional, que nega às pessoas negras o reconhecimento de sua humanidade, é potencializado na violência obstétrica pela negação do corpo negro gestante como um corpo que sente, que experien-

cia sentimentos e sensações de medo, dor, desamparo, necessidade de cuidado e proteção. As mulheres negras que participaram de nossa pesquisa foram as que mais tiveram violências explícitas, marcadas em seus corpos, mais facilmente identificáveis como violências, mas também sofreram violências veladas, como informações equivocadas ou ausentes, e negligência no atendimento. Mulheres brancas tiveram mais dificuldade de reconhecerem as violências que sofreram, justamente por tais violações se darem em um âmbito mais sutil, principalmente na falta de informações sobre os procedimentos que estavam sendo realizados em seus corpos.

Com esta análise pretendemos incentivar a valorização e aprofundamento do conceito de violência obstétrica, na medida em que nos permita não apenas analisar, mas principalmente buscar caminhos ético-políticos de enfrentamento e eliminação dessas violências.

Referências

- AGUIAR, Janaína Marques.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 15, n. 36, p. 79-91, jan./mar. 2011.
- AGUIAR, Janaina Marques; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013.
- ARGUEDAS-RAMÍREZ, Gabriela. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, v. 11, n. 1, enero-junio, p. 145-169, 2014.
- BRASIL. Presidência da República. *Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005*. Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Presidência da República, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 27 mar. 2024.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Despacho SEI/MS – 9087621, de 3 de maio de 2019* Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2024.
- CARDOSO, Priscila Fernanda; SHIMIZU, Mariana Arissa. Violência obstétrica e LGBTQIA+fobia: o entrelaçamento de opressões e violações. *Ciência e Saúde Coletiva*, dez. 2023. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/violencia-obstetrica-e-lgbtqia-fobia-o-entrelacamento-de-opressoes-e-violacoes/19048?id=19048>. Acesso em: 27 mar. 2024.
- D'ORSI, Eleonora *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 3, p. 367-376, 2015.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.
- FABBRO, Márcia Regina Cangiani; MACHADO, Geovânia Pereira dos Reis. A Violência Obstétrica segundo a percepção das mulheres que a vivenciaram. *Atas – Investigação Qualitativa em Saúde*, v. 2, 2017.
- FLAESCHEN, Hara. Mulheres negras sofrem mais violência obstétrica. *Abrasco*, 6 mar. 2020. Disponível em: <https://abrasco.org.br/8m-mulheres-negras-sofrem-mais-violencia-obstetrica/>. Acesso em: 27 mar. 2024.
- GIBBS, G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GUIMARÃES, Liana Barcelar Evangelista; JONAS, Eline; AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel do. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 26, n. 1, e43278, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v26n1/1806-9584-ref-26-01-e43278.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2024.

- JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista narrativa. *In*: BAUER, Martin W.; GASKELL George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002.
- JUNGES, Carolina Freitas *et al.* Ações de apoio realizadas à mulher por acompanhantes em maternidades públicas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2994.pdf. Acesso em: 27 mar. 2024.
- LANSKY, Sônia *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 24, n. 9, p. 2811-2823, 2019.
- LEAL, Maria do Carmo *et al.* Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.
- LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p.1-17, 2017.
- LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p.17-47, 2014.
- LEAL, Maria do Carmo.; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 5-7, 2014.
- LÓPEZ, Laura Cecilia. Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça. *Tomo*, São Cristóvão, n. 28, p. 136-167, 2016.
- MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 40, p. 107-119, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0212.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2024.
- MITTELBAACH, Juliana; ALBUQUERQUE, Guilherme S. C. de. A pandemia de Covid-19 como justificativa para ações discriminatórias: viés racial na seletividade do direito a acompanhante ao parto. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 20, e00332163, 2022.

- MONTIEL, Carolina Pereira; LÓPEZ, Laura Cecilia. Trajetórias reprodutivas femininas e produção do cuidado em saúde orientado às gestantes na cidade de São Leopoldo/RS: um olhar interseccional. *Revista Gênero*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 300-322, 14 ago. 2020.
- OLIVEIRA, Tayse Ribeiro de *et al.* Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. *Revista de Enfermagem da UFPE online*, Recife, v. 11, n. 1, p. 40-46, 2017.
- PAES, Fabiana Dal'Mas Rocha. Violência obstétrica, políticas públicas e a legislação brasileira. *Consultor Jurídico*, 8 out. 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-out-08/mp-debate-violencia-obs-tetrica-politicas-publicas-legislacao-brasileira>. Acesso em: 27 mar. 2024.
- PAES, Fabiana Dal'Mas Rocha. Violência obstétrica no contexto do direito internacional. *Agência Patrícia Galvão*, 9 maio 2019. Disponível em: <https://agenciapatriciagalvao.org.br/mulheres-de-olho/violencia-obs-tetrica-no-contexto-do-direito-internacional-por-fabiana-dalmas-rocha-paes/>. Acesso em: 27 mar. 2024.
- PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote da Silva; LÓPEZ, Laura Cecilia. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1163-1184, 2017.
- RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Nascer no Brasil “em tempo”: uma questão de hierarquia das intervenções no parto? *Caderno de Saúde Pública*, v. 30, supl. 1, p. 35-36, 2014.
- ROHDEN, Fabiola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. 2. ed. revista. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- SALGADO, Heloisa de Oliveira; NIY, Denise Yoshie; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*, v. 23, n. 2, p. 190-197, 2013.
- SEIBERT, Sabrina Lins *et al.* Medicação x Humanização: o cuidado ao parto na história. *R. Enferm UERJ*, v. 13, p. 245-251, 2005.
- SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; GUALDA, Dulce Maria Rosa. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade. *Texto e Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 25, n. 1, e4080014, 2016.

- TESSER, Charles Dalcanale *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 10, n. 35, p 1-12, 2015.
- THEOPHILO, Rebecca Lucena.; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton Luís. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, nov. 2018.
- VIEIRA, Elizabeth M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- VOGT, Sibylle Emilie *et al.* Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 99, p. 1789-1800, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/12.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2024.
- YOSHIOKA, Anara Rebeca Ciscoto; OLIVEIRA, José Sebastião de. Violência obstétrica e a vulnerabilidade dos homens trans diante de seus direitos de personalidade nos serviços de saúde do Brasil. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 21, n. 12, p. 26626-26655, 2023.
- ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia e Sociedade*, n. 29, e155043, 2017.