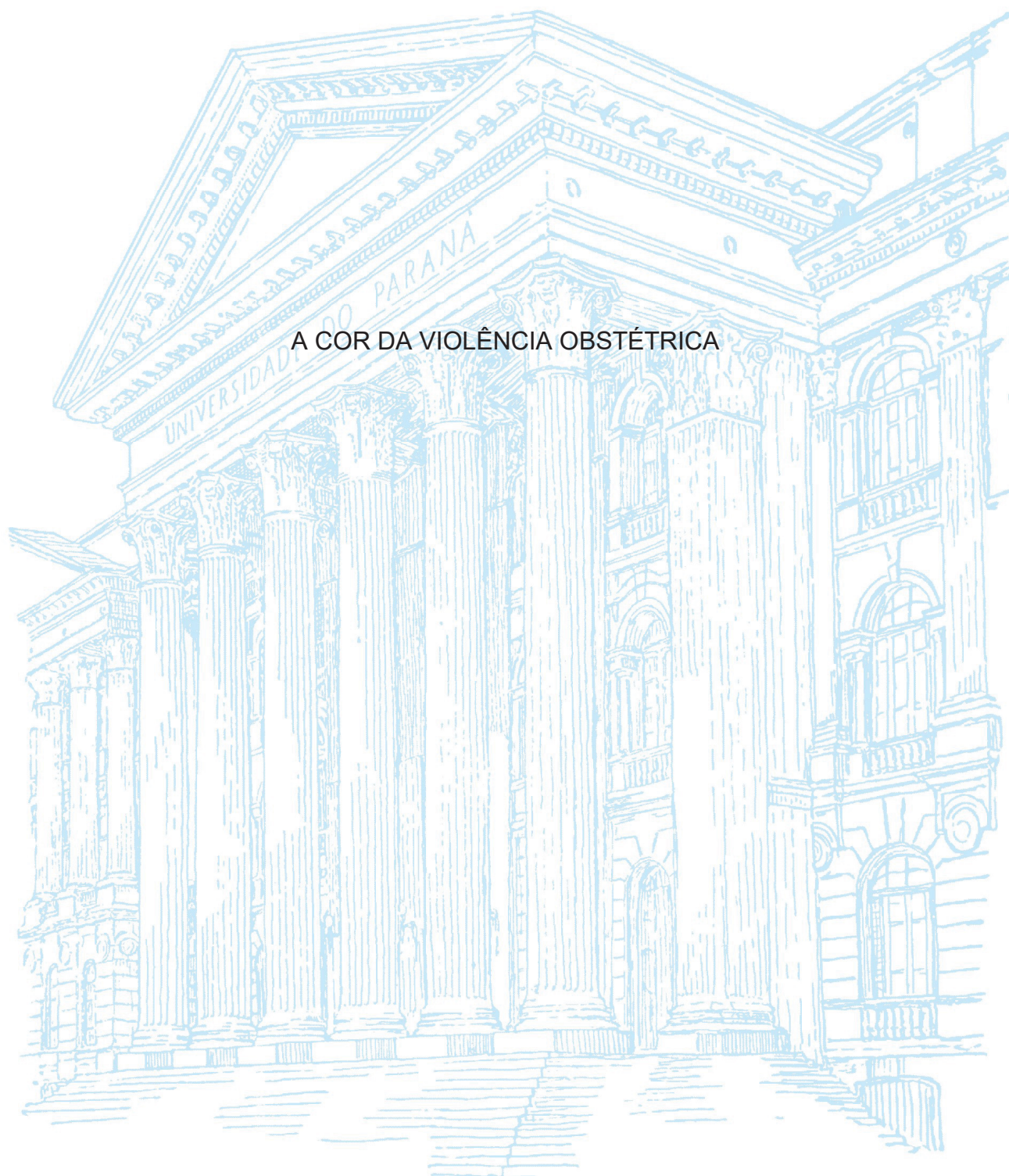


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JULIANA CHAGAS DA SILVA MITTELBACH



A COR DA VIOÊNCIA OBSTÉTRICA

CURITIBA

2021

JULIANA CHAGAS DA SILVA MITTELBACH

A COR DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Linha de Pesquisa Políticas e Serviços de Saúde, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque

CURITIBA

2021

M685 Mittelbach, Juliana Chagas da Silva
A cor da violência obstétrica [recurso eletrônico] / Juliana Chagas da Silva Mittelbach. -- Curitiba, 2021.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque

1. Violência obstétrica. 2. Racismo. 3. Mulheres Negras. 4. Parto. I. Albuquerque, Guilherme Souza Cavalcanti de. II. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLM WQ 400



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **JULIANA CHAGAS DA SILVA MITTELBACH** intitulada: **a cor da violência obstétrica...**, sob orientação do Prof. Dr. GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 30 de Agosto de 2021.

Assinatura Eletrônica

03/09/2021 16:50:39.0

GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

31/08/2021 12:15:05.0

MARCOS CLÁUDIO SIGNORELLI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

03/09/2021 10:11:46.0

ALAERTE LEANDRO MARTINS

Avaliador Externo (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

RUA PADRE CAMARGO 260, 3º ANDAR - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80060-240 - Tel: (41) 3360-7271 - E-mail: mestradoscoletivaufr@gmail.com

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 108976

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 108976

Dedico essa dissertação a todas as mulheres negras que vieram antes de mim e que permitiram, com muita luta por políticas públicas e resistência as opressões racistas, que eu e tantas outras chegássemos na academia. Em especial dedico este estudo as minhas ancestrais, representadas na pessoa de minha mãe, Ana Leia, minha força e inspiração. Dedico as vítimas da violência obstétrica que partiram e as que ficaram e carregam em si sequelas físicas e / ou psicológicas. Na esperança que este estudo contribua para a erradicação desta forma de violência.

Dedico as mulheres que militam pelo feminismo negro interseccional e elevam com elas toda a sociedade.

Por fim, dedico a minha filha e a todas as mais novas, na esperança de que tenham uma vida livre de violência e cresçam em uma sociedade que respeite a autonomia das mulheres e seus direitos sexuais e reprodutivos.

AGRADECIMENTO

A Deus pela minha existência.

Aos meus ancestrais, os quais carrego grande orgulho. Tanto da negritude de minha família materna como da ascendência indígena de minha família paterna.

A minha família nuclear de origem que me fez crescer cercada de cuidado, afeto e apreço pelos estudos. Aprendi em casa a questionar, argumentar e me posicionar nesta sociedade. Devo a eles a veia militante que me faz seguir na luta em favor da promoção da igualdade e combate as opressões. Sua benção minha mãe Ana Leia, meu pai Osvaldo e meu irmão Juliano.

Ao Daniel Mittelbach, companheiro que aceitou o desafio de construir comigo um projeto de vida que não segue padrões socialmente impostos. Obrigada por estar ao meu lado nos momentos de dificuldades, por ser parceiro nos processos de superação e por comemorar comigo cada vitória.

Aos meus filhos, Marcos e Maria Rosa, que são meus maiores motivadores a continuar na luta por um novo projeto de sociedade que seja anticolonialista, antirracista, antimachista e em defesa do bem viver. Assim como a luta de minhas ancestrais abriu caminhos para que eu chegasse até aqui espero colaborar para que os que vem depois de mim vivam em um mundo com mais justiça social.

Ao Presidente Lula que ao defender políticas afirmativas e sancionar a política de cotas para as universidades e serviço público federal permitiu que eu ingressasse na UFPR. Primeiro na graduação de enfermagem e depois de formada como servidora pública.

Ao Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque por quem nutro grande admiração. Além de ser responsável por me conduzir nesse caminho de tornar-me mestre, teve a paciência de ouvir minhas vivências e compartilhar comigo seus saberes. Seu papel foi além de orientar meus estudos e pesquisa, me fez voltar acreditar que pessoas não negras podem ser antirracistas por princípio e não por oportunismo. Ademais é um exemplo de sanitarista que defende o Sistema Único de Saúde de forma contagiante.

Aos demais professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFPR que além da excelência no conteúdo programático se empenharam para garantir nossa formação em tempos de pandemia.

Ao colegiado do curso que aceitou a proposta de inserir cotas para ingresso de novos alunos no programa mostrando seu compromisso no combate às desigualdades.

Aos colegas de curso que tornaram esses anos mais leves e alegres. Aprendi muito com a diversidade e experiências que cada um trouxe para contribuir na formação coletiva.

Enfim, agradeço a todes, todas e todos que de alguma forma participou desse ciclo comigo. Cada vivência compartilhada é um saber que contribuiu para o resultado deste estudo.

Vozes-Mulheres

A voz de minha bisavó
ecoou criança
nos porões do navio.
ecoou lamentos
de uma infância perdida.

A voz de minha avó
ecoou obediência
aos brancos-donos de tudo.

A voz de minha mãe
ecoou baixinho revolta
no fundo das cozinhas alheias
debaixo das trouxas
roupagens sujas dos brancos
pelo caminho empoeirado
rumo à favela

A minha voz ainda
ecoa versos perplexos
com rimas de sangue
e
fome.

A voz de minha filha
recolhe todas as nossas vozes
recolhe em si
as vozes mudas caladas
engasgadas nas gargantas.

A voz de minha filha
recolhe em si
a fala e o ato.
O ontem – o hoje – o agora.
Na voz de minha filha
se fará ouvir a ressonância
O eco da vida-liberdade.

Conceição Evaristo

(Poemas de recordação e outros movimentos, p. 10-11).

RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar a determinação da violência obstétrica no SUS, considerando a influência da cor da pele, identificar situações de violência obstétrica sofrida por mulheres brancas e negras atendidas pelo SUS, verificar se essas mulheres identificaram situações de violência obstétrica e analisar os processos determinantes da violência nas dimensões singular, particular e estrutural. Os elementos teóricos desta pesquisa têm como base o método científico-filosófico do materialismo histórico-dialético. O estudo parte de uma pesquisa exploratória com entrevistas a puérperas de até seis semanas, escolhidas de maneira aleatória e atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Curitiba – Paraná. Para a delimitação do tamanho da amostra utilizou-se o princípio de saturação. Os resultados evidenciaram que, dentre as mulheres entrevistadas, 78% apresentaram relatos identificáveis como violência obstétrica. No total, 45% das mulheres que sofreram violência obstétrica eram negras e 33% brancas. A partir dos relatos coletados pudemos identificar a prática de abusos físicos, maus tratos físicos e psicológicos, imperícia e negligência, discriminação por fatores étnico-raciais e de nacionalidade e, por fim, tratamento discriminatório na definição de quais gestantes poderiam ter a presença do acompanhante no internamento para o parto. As mulheres não identificaram estas situações como violência obstétrica e em todos os casos mencionados a ocorrência foi maior em mulheres negras. Para compreensão da determinação da violência obstétrica influenciada pela cor da pele como fenômeno singular problematizou-se as condições particulares de existência das mulheres negras no Brasil considerando o histórico escravocrata do país, a abolição sem garantia de cidadania plena, a construção do mito da democracia racial e a subalternidade imposta às mulheres negras. Finalmente, procurou-se analisar como o modo de produção capitalista que se apropriou tanto do racismo, garantindo que a força de trabalho da população negra fosse ainda mais barata que a da branca, quanto do patriarcado, mantendo a divisão sexual do trabalho, determina, em última instância, o processo de produção da violência obstétrica. Podemos depreender que, de forma particular, as mulheres negras nesta sociedade ocupam posição de maior vulnerabilidade, visto a intersecção de processos estruturais opressores aos quais estão submetidas e que estes processos se expressam no âmbito singular, dentre muitas outras formas, na violência obstétrica, objeto deste estudo.

Palavras-chaves: Racismo. Mulheres Negras. Violência obstétrica. Parto.

ABSTRACT

This study has for objective to analyze the determination of obstetric violence in SUS, considering skin color influence, to identify situations of obstetric violence suffered by white and black women attended by SUS, to verify if those women have identified situations of obstetric violence and to analyze the determinant process of violence in singular, particular and structural dimensions. The theoretical elements of this research has been based scientific-philosophical method of historical-dialectical materialism. It begins on an exploratory research by interviewing puerperal women to six weeks, randomly chosen, attended by a Basic Healthcare Unit in Curitiba – Paraná. It was used the principle of sample saturation for size sample limitation. The research results point that among interviewed women 78% reports presents identifiable obstetric violence. In total, 45% of women who suffered obstetric violence were black and 33% were white. From the reports we could identify the practice of physical abuse; psychological and physical harm; malpractice and negligence; discrimination by ethnic-racial issues and by nationality; and finally, discriminatory treatment in definition of which pregnant women could have presence of companion during hospitalization for childbirth. Women did not identify those situations as obstetric violence and in all mentioned cases the occurrence was higher in black women. For comprehension from determination of obstetric violence influenced by skin color as a singular phenomenon we problematize the particular conditions of existence of black women in Brazil considering the country's slavery history, the abolition without guarantee of full citizenship, the construction of racial democracy myth and the subalternity imposed to black women. Finally, we analyzed as the capitalist mode of production appropriated both Racism, ensuring that the black workforce was even cheaper than the white workforce, and Patriarchy, keeping work's sexual division, to determinate, at last, the process of obstetric violence production. We can infer, in particular way, black women in this society occupy the most vulnerable position, seen the intersection of oppressive structural processes which they are submitted, and those processes in singular way express themselves, of many other ways, in obstetric violence, object of this study.

Key-words: Racism. Black Women. Obstetric Violence. Childbirth.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1– ETAPAS DA REVISÃO INTEGRATIVA	53
FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DA COLETA E ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS NAS BASES DE DADOS	55
QUADRO 1 – ARTIGOS SELECIONADOS A PARTIR DAS BASES DE DADOS APÓS ANÁLISE E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.	56
FIGURA 3 - MATRIZ DE SÍNTESE DOS ARTIGOS SELECIONADOS	58
QUADRO 2 - OBJETIVO E CONCLUSÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS	60
GRÁFICO 1- PERCENTUAL DE AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO-RACIAL DAS ENTREVISTADAS.....	67
GRÁFICO 2 - PERCENTUAL DOS TIPOS DE PARTO DE ACORDO COM A AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO-RACIAL DAS ENTREVISTADAS.....	69
GRÁFICO 3- – PERCENTUAL DE MULHERES QUE OBTIVERAM AUTORIZAÇÃO DE ACOMPANHANTES DURANTE O PARTO E INTERNAMENTO POR AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL	72
GRÁFICO 4 – PERCENTUAL DE MULHERES QUE RELATARAM SITUAÇÕES IDENTIFICÁVEIS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SEGUNDO AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL	75
GRÁFICO 5 – VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA IDENTIFICADA NAS ENTREVISTAS OCORRIDAS DURANTE PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO.....	77

LISTAS DE SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
CASP	Critical Appraisal Skills Programme (Programa de Habilidades de Avaliação Crítica)
CGCIVI	Coordenação-Geral de Ciclos da Vida
COSMU	Coordenação de Saúde das Mulheres
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DA PES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DEM	Democratas
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PCRI	Programa de Combate ao Racismo Institucional
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PICOT	Population, Intervention, Control, Outcome, and Time
PL	Projeto de Lei
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
RASEAM	Relatório Anual Socioeconômico da Mulher
RC	Rede Cegonha
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1. OBJETIVOS.....	17
1.2. JUSTIFICATIVA	18
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-POLÍTICA.....	20
2.1. CONTEXTO HISTÓRICO	24
2.2. A MULHER NEGRA E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL	28
2.3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA.....	31
3. LEGISLAÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	36
3.1. BRASIL.....	36
3.2. ARGENTINA.....	39
3.2.1. Lei nº 25.929, de 17 de setembro de 2004.....	39
3.2.2. Lei nº 26.485, de 1º de abril de 2009	41
3.3. VENEZUELA	43
3.4. PROJETOS DE LEI NO BRASIL	45
3.4.1. PL 7.633/2014 – Deputado Federal Jean Wylis (PSOL-RJ)	45
3.4.2. PL 7.867/2017 – Deputada Federal Jô Moraes (PCdoB - MG)	46
3.4.3. PL 8.219/2017 – Deputado Federal Francisco Floriano (DEM-RJ)	47
3.5. ANÁLISE DAS LEGISLAÇÕES E PROJETOS DE LEI	48
4. METODOLOGIA.....	50
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	52
5.1. ETAPAS DA REVISÃO INTEGRATIVA	52
5.1.1. Etapa 1: Identificar o tema, definir problema e pergunta clínica em formato PICOT.....	54
5.1.2. Etapa 2: Procurar a melhor evidência	54
5.1.3. Etapa 3: Avaliar criticamente as evidências dos Estudos pré-selecionados.....	55
5.1.4. Etapa 4: Integrar as Evidências.....	57
5.1.5. Etapa 5: Discussão dos Resultados Baseados em Evidências.....	58
5.1.6. Etapa 6: Apresentação da síntese do conhecimento produzido.....	62
5.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE A REVISÃO INTEGRATIVA.....	62
6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA DE CAMPO.....	64
6.1. ENTREVISTA	65

7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	67
7.1. DADOS IDENTIFICÁVEIS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PRÉ-NATAL.....	69
7.2. DADOS IDENTIFICÁVEIS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA INTERNAÇÃO PARA O PARTO	71
7.3. DADOS IDENTIFICÁVEIS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO.....	74
7.4. RESUMO DOS DADOS ENCONTRADOS.....	75
8. A DIALÉTICA DO ESTRUTURAL, PARTICULAR E SINGULAR.....	78
8.1. DIMENSÃO ESTRUTURAL: SOCIEDADE BRASILEIRA – CAPITALISTA, RACISTA E PATRIARCAL	79
8.2. DIMENSÃO PARTICULAR: MULHERES NEGRAS NO BRASIL	82
8.3. DIMENSÃO SINGULAR: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA AS MULHERES NEGRAS.....	84
9. CONCLUSÃO.....	86
REFERÊNCIAS.....	90
ANEXO 1.....	99
ANEXO 2.....	103

1. INTRODUÇÃO

“Toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso” (OMS, 2014, p. 1). Esta passagem é o preâmbulo da declaração da Organização Mundial da Saúde referente à “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. Este documento reconhece que, ao redor do mundo, inúmeras mulheres são vítimas de abusos, desrespeito e maus-tratos em instituições de saúde no momento do parto. Reconhece também que tais práticas violam os direitos humanos das mulheres, ameaçando seu direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação.

O termo “violência obstétrica” é utilizado no Brasil e em outros países da América Latina para definir como violência as práticas ocorridas no pré-natal¹, parto e pós-parto que ofendam os direitos da gestante, com condutas agressivas e ofensivas (DINIZ et al., 2015, p. 3).

Outros descritores também são usados para o mesmo fenômeno, como: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana/ desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entre outros (DINIZ et al., 2015, p. 3)

De acordo com Viellas et. Al. (2014) que corrobora com Leal e Gama (2014), a Pesquisa Nascer no Brasil, evidencia maiores percentuais de violência obstétrica entre mulheres negras (pretas e pardas) nas maternidades brasileiras. A pesquisa identificou experiências de violências verbal, física e psicológica. Esses achados denunciam uma prática institucional excludente denominada nas ciências sociais como Racismo Institucional.

Essa noção, de racismo institucional, de acordo com Lopez (2012) foi definida no relatório publicado em 1999, referente ao inquérito sobre o caso Stephen

¹ Pré-natal é o acompanhamento realizado pela equipe de saúde para o monitoramento da saúde da gestante e do feto, prevenção e/ou detecção precoce de patologias, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Inclui anamnese, exame físico e análise de exames laboratoriais e de imagem.

Lawrence², no qual o racismo institucional é conceituado como o fracasso das instituições ao não fornecer assistência adequada de forma integral e com equidade às pessoas por sua origem racial ou étnica. Desta forma, práticas que combinam os estereótipos e preconceitos racistas, colocam as pessoas de grupo raciais e étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações públicas e privadas. (BRASIL, 2013)

De acordo com Werneck (2016), o conceito de racismo institucional guarda relações com o conceito de vulnerabilidade programática, uma vez que

desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais. É também denominado racismo sistêmico e garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeitos nesses grupos. (WERNECK, 2016)

Esse problema, sustenta Werneck (2016), é alimentado tanto pela crença na ausência de racismo na sociedade brasileira, quanto no desconhecimento de suas influências negativas sobre a saúde das pessoas.

Ao considerar o marcador social cor/raça no atendimento no pré-natal, parto e puerpério³, Ramos (2016) afirma que as negras são as que mais sofrem com a falta de informação sobre o aleitamento, assim como o não acompanhamento durante a gravidez. A autora relata, também, que o tempo de atendimento dispensado às mulheres negras geralmente é menor do que o atendimento a uma mulher branca.

O uso da variável raça/cor vem sendo coletada ao longo da história brasileira pelos censos demográficos desde 1872 como retrata Muniz (2010). Nesse ano a população foi classificada entre livre e escrava, cabendo ao recenseado livre definir a sua cor e a de seus escravos. Depois disso, a investigação sobre cor esteve presente nos censos de 1890, 1940, 1950, 1960, 1980 e nos Suplementos de Mobilidade e Cor de 1976, de Educação de 1982, de Fecundidade de 1984, do Menor de 1985 e no

² Esse relatório denuncia a cultura institucional de racismo pela maneira como os agentes lidaram com o caso da morte de Stephen Lawrence, um adolescente negro assassinado em 1999 na região leste de Londres no qual foram constatadas falhas nos primeiros socorros a Lawrence e irregularidades na investigação.

³ Puerpério é o período entre o pós-parto e até que as alterações locais e sistêmicas da mulher, provocadas pela gestação e parto, voltem às condições pré-gravídicas. O puerpério se divide em: Imediato (1º ao 10º dia); Tardio (11º ao 42º dia) e Remoto (a partir do 43º dia).

Suplemento de 1986. A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD) também tem coletado anualmente a informação sobre cor da pele desde 1987.

Em 1996 o Decreto nº 1.904, que institui o Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH, torna obrigatória a inclusão da informação sobre raça e cor em todos e quaisquer sistemas de informação e registro sobre a população e bancos de dados públicos. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) adotou as seguintes categorias para o Censo Nacional: branca, amarela, indígena, preta e parda, considerando a população negra a soma das pessoas autodeclaradas negras e pardas (MUNIZ, 2010).

O Ministério da Saúde, por meio da sua Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, adota o critério da autodeclaração, ou seja, o(a) próprio(a) usuário(a) define qual é a sua raça/cor, com exceção dos casos de recém-nascidos, óbitos ou diante de situações em que o usuário estiver impossibilitado, cabendo aos familiares ou responsáveis a declaração de sua cor ou pertencimento étnico-racial.

Neste estudo utilizaremos a autodeclaração a partir da nomenclatura oficial do IBGE para caracterização étnico-racial das entrevistadas.

Por fim esta dissertação pretende, à luz do materialismo histórico-dialético, analisar a determinação⁴ da violência obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a influência da cor da pele. Para isto serão realizadas entrevistas com puérperas atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Curitiba onde a partir dos relatos buscaremos identificar situações de violência obstétrica, verificar se as mulheres percebem essas situações e analisar os processos de determinação da violência nas dimensões singular, particular e estrutural.

1.1. OBJETIVOS

O objetivo desta dissertação é analisar a determinação da violência obstétrica no SUS, considerando a influência da cor da pele. A Hipótese investigada é de que a violência obstétrica, corroborando com os dados nacionais e internacionais, ocorre com maior frequência com mulheres negras em Curitiba.

⁴ A determinação social da saúde é um referencial teórico que discute a influência do modo de produção vigente, o grau de desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção daí advindas, na indução das condições de saúde e doença. Destaca o caráter histórico-social do processo saúde-doença, contrapondo as análises atomizadas de causalidade, centradas nos aspectos individuais e, eventualmente, no modo particular de vida.

Os objetivos específicos são: identificar situações de violência obstétrica sofrida por mulheres brancas e negras atendidas pelo SUS; verificar se essas mulheres identificam situações de violência obstétrica e analisar os processos determinantes da violência nas dimensões singular, particular e estrutural.

1.2. JUSTIFICATIVA

O meu envolvimento com o tema começa na tradição oral de minha família que relata as histórias de nascimento e dor de minha ancestralidade. Desde pequena escuto minha mãe contar sobre as dificuldades do meu parto e após conversar com ela sobre meu estudo ela identificou, 39 anos depois, que foi vítima de violência obstétrica.

Em seu relato minha mãe refere que durante o trabalho de parto, no período expulsivo, virei de posição dentro da barriga. Mudei a apresentação de cefálica para pélvica. Foi um trabalho de parto prolongado e ela não tinha mais energia para continuar fazendo força nas contrações. Nesse momento uma profissional da saúde subiu em sua barriga para ajudar a empurrar o bebê. Ela sentia que estava sendo dilacerada. Foi realizada episiotomia que se estendeu até a “coxa” - músculo grácil – na tentativa de facilitar a passagem do bebê. A cicatriz permanece até hoje. Com a execução da manobra de Kristeller houve rotura uterina e o parto não progrediu. Optou-se, então, pelo uso de fórceps de Piper. Nasci com 3,850 kg e deformidades físicas, sequelas das manobras utilizadas no parto que, com o tempo, retrocederam. Minha mãe relata que não chorei. O médico deu diversos “tapas” até que eu chorasse. Não houve contato precoce pele a pele. Fui para o berçário e minha mãe para o quarto. Meu pai, que tinha sido informado após o parto que minha mãe e o bebê estavam bem, foi ao telefone público avisar aos familiares de meu nascimento. Minha mãe seguiu sem acompanhante na enfermaria. A Hemorragia interna só foi percebida quando minha mãe apresentou sinais de choque hipovolêmico. Foi preciso realizar uma transfusão de sangue de emergência. Meu tio, que tinha chegado para a visita, foi colocado na cama ao lado e foi realizada uma transfusão direta. Ela ficou dois dias em coma induzido em Unidade de Terapia Intensiva. Minha mãe e eu resistimos. Nossa existência é um ato de resistência.

O relato do meu nascimento não é isolado. Entre as mulheres negras de minha família são histórias compartilhadas que conectam as mulheres em suas

experiências de dor. Uma dor marcada pela cor. A tradição oral de minha família motivou a transformar essas vivências de sofrimento em ciência e assim denunciar a cor da violência obstétrica.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-POLÍTICA

Kimberle Crenshaw (2002, p. 179) procurou definir com a expressão “*subordinação interseccional estrutural*”, uma gama complexa de circunstâncias em que as políticas se intersectam com as estruturas básicas de desigualdade. O ponto central nessa conceituação é o entendimento de que as formas de opressão não atingem os indivíduos isoladamente.

O conceito de interseccionalidade foi proposto a partir do texto “Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativa ao gênero” (2002), criado no contexto da III Conferência Mundial contra o Racismo realizada em Durban — África do Sul — no ano de 2001. O objetivo foi sugerir um protocolo provisório para melhor identificar as variadas formas de subordinação que refletem os efeitos interativos das discriminações (Crenshaw, 2002, p. 171).

A autora definiu interseccionalidade como

[...] uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (CRENSHAW, 2002, p. 177)

Ao tratar do tema violência obstétrica às mulheres negras, temos imbricadas as opressões advindas da luta de classes, expressas através do patriarcado, e do racismo institucional no sistema de saúde.

O racismo institucional é entendido como o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido à sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a direitos junto ao Estado ou ao amparo de outras instituições e organizações. (PCRI, 2006, p. 26).

Cruz e Faria (2017), ao pesquisarem as causas de óbito mais frequentes que incidiram em mulheres brancas (grupo hegemônico) e negras (grupo vulnerável) constataram que

No contexto do sexismo institucional, a população de mulheres não recebe a devida atenção pela área de saúde fora do período perinatal e, com a sobreposição da ideologia opressiva que é o racismo institucional, as mulheres negras, no caso, têm o risco de nem na fase de idade reprodutiva receber o cuidado de saúde conforme preconiza a base de evidência científica. (CRUZ; FARIA, 2017, p. 1)

A violência de gênero está ligada ao poder exercido pelo domínio dos homens sobre as mulheres e pela ideologia dominante, que lhe dá sustentação, legítima e contribui para a perpetuação do patriarcado (BRASIL, 2003). Não pode, portanto, ser compreendida apenas enquanto violência física, mas como ruptura de qualquer forma de integridade da mulher.

De acordo com Gomes, Minayo e Silva (2005), a violência de gênero constitui-se em formas de opressão e de crueldade, estruturalmente construídas e reproduzidas na cotidianidade. A forma de expressão da violência de gênero é o machismo naturalizado na socialização que é feita por homens e mulheres. Este tipo de violência constitui uma questão de saúde pública e uma violação explícita aos direitos humanos.

Porém, ao analisar de maneira crítica a violência de gênero, é possível identificar as relações de privilégio e hierarquias entre as mulheres, uma vez que há muita evidência de que as identidades de raça e de classe criam diferenças em qualidade de vida, status social e estilo de vida que prevalecem sobre a experiência comum que as mulheres partilham (HOOKS, 1984, p. 4). Por isso, o gênero não poderia ser alçado de forma genérica em que a posição da mulher negra, para citar Sueli Carneiro (2011, p. 121), apareceria “como subitem da questão geral da mulher”. As mulheres negras não podem ser um aposto do recorte de gênero, devem sim ser uma categoria de análise singular.

Nessa crítica, aparecem como problema os mecanismos e relações de poder que produzem a ideia de que as mulheres negras correspondem a um grupo homogêneo, suprimindo a dimensão singular. Jurema Werneck (2010, p. 10), avulta que historicamente essa forma de identificação, que corresponde ao destaque de determinadas características, foi um dos efeitos da escravidão, da colonização e do

racismo. Fica evidente, nessa análise, a tensão entre uma identificação que se produz nas relações de dominação e pelo olhar do dominador, apagando o que define como um repertório diverso de identidades, assim como as resistências em que essas mulheres se constituem como agentes.

O horizonte de transformação que está colocado exige, nessa perspectiva, a superação do sexismo⁵. Ao mesmo tempo, o enfrentamento do sexismo é limitado quando não se leva em conta que a construção dos papéis de gênero se estabelecem material e simbolicamente na intersecção entre as opressões de gênero, raça e classe sustentadas pelo modo de produção capitalista (BIROLI, 2015a).

Para Theophilo, Rattner e Pereira (2018) as vivências em condições de marginalidade e vulnerabilidade e o reconhecimento da discriminação histórica que a população negra sofreu no Brasil desde a abolição da escravidão até a atualidade reforçam a importância da avaliação da dimensão étnico-racial nos estudos em saúde.

Assim, reconhecemos que as mulheres negras estão em múltiplas situações de vulnerabilidade e vivenciam experiências de exclusão histórica marcada pelo racismo e machismo no seio da sociedade, são marginalizadas socioeconomicamente e são marcadas pela ausência de ações específicas para a superação da desigualdade.

As mulheres negras, de acordo com Lorenzo (2006), estariam sob o impacto dos determinantes produzidos pelo movimento histórico, que construiu formas culturais específicas de se pensar a população negra, bem como vulneráveis às condições sociais produzidas por uma sociedade desigual.

Para além da opressão machista oportunizada pelo sistema patriarcal e a opressão racial em um país que traz na sua história aproximadamente 350 anos de escravização de negros e negras, é preciso ressaltar as características da exploração classista no Capitalismo Periférico.

Para Pochmann (2007), a análise a respeito da proteção social em países como o Brasil, requer considerar inicialmente a condição de pertencimento à periferia econômica, prisioneira do subdesenvolvimento. Mesmo tendo avançado consideravelmente no processo de industrialização durante o século XX, o Brasil não foi capaz de abandonar as principais características do subdesenvolvimento, como a

⁵ Sexismo ou discriminação de gênero é o preconceito ou discriminação baseada no gênero ou sexo de uma pessoa

disparidade na produtividade setorial e regional, e a permanência de grande parte da população prisioneira de condições precárias de vida.

Segundo o autor, quando predominaram atividades econômicas primário-exportadoras durante os primeiros quatro séculos de sua existência (séculos XVI ao XIX), o exercício do trabalho esteve submetido à intensa desvalorização, identificada pela imposição do trabalho forçoso e do genocídio indígena, pela escravidão de negros e negras e ainda pelo sistema de colonato depreciativo a europeus e asiáticos migrantes. Nessa fase do país, a questão social não apareceu concretamente como um problema à nação.

A grande depressão do último terço do século XIX, no capitalismo central, ofereceu ao Brasil a oportunidade de constituir as principais bases fundantes do sistema de proteção social. A difusão do trabalho assalariado e do regime democrático constituiu parte fundante dos sistemas de proteção social nas economias centrais, mas no Brasil foi efetivamente introduzida somente a partir da abolição da escravatura (1888) e da implantação do regime político republicano (1889).

Pochmann (2007) afirma que o Brasil foi o último país a abolir o trabalho escravo, impondo uma transição extremamente conservadora para o assalariamento, através da migração de mão-de-obra europeia e asiática, deixando de fora a população negra da possibilidade de integração pelo emprego salarial.

A redução da vulnerabilidade em Saúde Pública depende, portanto, do conjunto de ações sociais dirigidas à garantia do direito à saúde em todas as suas dimensões, incluindo a melhoria dos determinantes⁶ e condicionantes da saúde da população negra. Desta forma, necessita-se formular e implementar políticas públicas que visem a redução de desigualdades sociais. Mas isso não é suficiente, precisamos buscar mecanismos que visem a superação da exploração capitalista, do patriarcado e do racismo, ou seja, é preciso combater a determinação social da questão.

Santos (2019) apresenta a necessidade de diferenciar as políticas afirmativas alcançadas através de direitos civis de reparação histórica. Direitos civis são mudanças morais, superação do preconceito e fim das práticas institucionais que servem para preservar os elementos perversos da época da escravidão. Reparação

⁶ Em geral, considera-se que os Determinantes Sociais em Saúde - DSS, são as relações entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos com a sua situação de saúde. A OMS adota uma definição mais sucinta sobre os DSS, os quais são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham

é um passo adiante pois nos levam a refletir sobre os motivos que levaram a dominação racial.

Reparar significa para Santos (2019), em primeiro lugar, reconhecer os crimes cometidos. Começa com a admissão da desestruturação das comunidades africanas com adultos retirados a força do núcleo familiar, crianças sequestradas e vendidas, idosos e enfermos abandonados, agricultura interrompida, assassinatos em massa e genocídio e a destruição das forças produtivas dos povos africanos que se aprofundaram com a usurpação de suas terras e roubo dos seus recursos naturais.

É preciso também reparação para a população negra da diáspora pelas formas de violência distintas a que foram submetidos no regime escravocrata. A luta pela reparação histórica aos descendentes de escravizados no Brasil e da população africana são partes da mesma luta democrática anticapitalista e contra supremacia branca.

Para a autora a chamada “supremacia racial branca” não surgiu das diferenças culturais, religiosas ou da cor da pele, mas da incessante busca por riqueza e poder; da usurpação de terras e do trabalho escravo nas plantações de tabaco, algodão, café e açúcar; na construção de estradas, portos e ferrovias; e na extração de ouro prata e madeira. Segundo ela

A luta por reparação põe um ponto-final nas discussões sobre se os afrodescendentes vivem pedindo ajuda ou concessões. A reparação parte de reconhecer que a riqueza de poucos gerou a pobreza, a miséria e a morte de milhões. (SANTOS, 2019, p. 66)

2.1.CONTEXTO HISTÓRICO

Os cuidados à mulher na gestação e no momento do parto sofreram intensas modificações no decorrer da história. O interesse pela assistência no parto até o século XVII era considerado para muitos como “assunto de mulher”, já que quem passava pela gestação e sofria as dores e complicações no parto era a mulher. Além disso, quem ficava ao lado da mulher no momento do parto era uma parteira e a mãe da parturiente, pela falta de conhecimento dos homens, que poderiam não ajudar naquele momento (MALDONADO, 2002, p. 16).

Até meados do século XX, a maioria dos partos no Brasil ocorria no ambiente domiciliar e era objeto de atenção das parteiras. O hospital, ainda nessa época, se

constituía como um local inseguro não apenas para a mulher, como também para o recém-nascido. (BRENES, 1991).

No entanto, Segundo Stancato, Vergílio e Bosco (2011), a partir do século XX, vivenciou-se a institucionalização do ato de parir, e este evento passou a ocorrer em ambiente hospitalar sob a responsabilidade médica. Esta institucionalização está intrinsecamente vinculada ao modo de produção capitalista que transformou a saúde em mercadoria inclusive se apropriando de processos naturais e ressignificando como se patológicos fossem.

É preciso apontar que o nascimento no ambiente hospitalar adotou várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de tornar o parto mais seguro para a mulher e seu bebê, contudo, é possível também identificar uma série de práticas desenhadas a fim de antecipar, mudar a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o aspecto fisiológico do parto, retirando da mulher o poder de decisão sobre seu próprio corpo neste momento (STANCATO, VERGÍLIO, BOSCO, 2011).

Os debates em torno do termo violência obstétrica começam a surgir no Brasil nos primeiros anos da década de 2000, sob a influência das experiências ocorridas na Venezuela e na Argentina. Nestes países, a violência obstétrica é reconhecida como crime perpetrado às mulheres e, como tal, passível de punição e erradicação. As leis nacionais argentinas, número 25.929 de 2004, e 26.485, de 1º de abril de 2009, e a Lei orgânica da Venezuela, sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência, de número 38.770 de 2007, tipificam a violência obstétrica e defendem a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher.

A OMS (2014) apresenta como exemplos de violência obstétrica situações de desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde que incluem:

- violência física;
- humilhação profunda e abusos verbais;
- procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização);
- falta de confidencialidade;
- não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos que visam práticas de ensino;
- recusa em administrar analgésicos;

- graves violações da privacidade;
- recusa de internação nas instituições de saúde;
- cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida; e,
- detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento.

Além das agressões já descritas, Lima (2016) apresenta que a violência obstétrica pode ocorrer por ações que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos nos serviços de saúde, a exemplo do impedimento de um acompanhante de sua livre escolha durante todo o tempo de permanência da parturiente na maternidade. A autora reitera que a violência obstétrica pode ocorrer em qualquer etapa da gestação, parto e nascimento, resultando, muitas vezes, em danos físicos, psíquicos e morais à mulher. Estima-se que no Brasil, 1 em cada 4 mulheres sofrem algum tipo de violência no parto (FPA/SESC, 2010).

Dias (2010), apresenta que, nas últimas décadas, o Brasil buscou uma reorganização das políticas públicas de saúde da mulher, a fim de direcioná-las ao desenvolvimento do protagonismo da parturiente durante o parto. Dentre os avanços estão o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN); a Rede Cegonha (RC), como ferramenta que preza pela humanização e qualificação da assistência ao binômio, dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000); e a Resolução nº 36, de junho de 2008 que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal.

Mesmo com melhorias consideráveis na atenção à saúde reprodutiva da mulher depois da implementação da Rede Cegonha, para Jamas, Hoga e Reberte (2013) ainda se percebe a violência institucional praticada contra parturientes. Além disso o elevado número de cesáreas é um forte indicador de que a assistência ao parto necessita de um olhar crítico-reflexivo por parte dos governantes e dos profissionais da saúde, no intuito de possibilitar à mulher, uma experiência humanizada, satisfatória e segura.

Para Aguiar (2011), nos serviços públicos de saúde do Brasil a violência institucional ao parto é determinada pela violência de gênero, que transforma diferenças em desigualdades; e por uma relação hierárquica, na qual a paciente é tratada como um objeto e não como sujeito de seus próprios atos e decisões sobre o

que lhe acontece. Dominação esta possibilitada pelo poder simbólico atribuído ao conhecimento científico da medicina.

Acrescento o avanço do capitalismo sobre o sistema de saúde que se apropriou de processos naturais, criando no inconsciente coletivo a ideia de que o parto é um procedimento médico que, para segurança do binômio mãe-bebê, deve ser realizado exclusivamente em ambiente hospitalar e conduzido pelo médico.

Cabe considerar aqui que se por um lado a obstetrícia contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa e apenas em situações de necessidade, e não como rotineiras (BRASIL, 2017a).

Sobre a relação entre médicos e mulheres no momento do parto, Jordá, Gernal e Álamo (2013) afirmam que as mulheres no momento do parto desconhecem o que os médicos fazem com seu corpo, e o mesmo ocorre com resultados de exames e sobre o estado de saúde do bebê. Nessa perspectiva, a não-informação, a informação negada, fragmentada, confusa e uso de terminologias técnicas ininteligíveis para a parturiente reforçam o sistema de dominação e de sujeição das mulheres nos serviços de saúde.

A mulher e seu corpo têm sido vistos como máquina, onde o engenheiro é o profissional médico que detém todo o saber sobre ela, negligenciando informações, emoções, sentimentos, percepções e direitos da mesma no gestar e parir, sendo impedidas de ter a presença de acompanhante, de decidir a posição que querem ter seus bebês e de expressar suas emoções e sentimentos, contrariando a Política Nacional de Humanização e mudando o foco da mulher para o procedimento, deixando-as mais vulneráveis à violência, silenciada pelos profissionais e pela própria parturiente. Porém a amarga vivência e o trauma acompanham a mulher porta a fora da instituição (ANDRADE; AGGIO, 2014, p. 3).

Dados alarmantes apresentados no Relatório Anual Socioeconômico da Mulher –RASEAM - de 2015, apresentam que, no Brasil, mais de 60% das mulheres

mortas durante a gravidez e o puerpério são negras, sendo que 92% dos casos de mortes maternas por causas diretas são evitáveis. (Brasil, 2015).

Porém, os estudos com profissionais da área da saúde que atuam na assistência direta ao paciente ou nas áreas de apoio e suporte técnico, demonstram que estes trabalhadores em particular não identificam racismo na prática profissional. De acordo com estudo realizado por Carneiro (2017), a maior parte dos profissionais dos serviços de saúde, enfermeiras, técnicos de enfermagem, técnicos administrativos, porteiros, médicos, farmacêuticos e fisioterapeutas afirmavam que nos locais onde atuavam não havia diferenciação pela raça no atendimento: “aqui não tem diferença, todo mundo é igual. Se fizéssemos diferença, então, sim, seria racismo”.

Na mesma pesquisa os profissionais, em sua maioria, também disseram “tratar igualmente a todos”, importando para a diferença da assistência à saúde a questão do “risco de vida e gravidade da doença” e não a cor da pele. Dessa maneira, parecia prevalecer a leitura biomédica desconsiderando a importância do marcador social de raça/cor. Não haveria, assim, um tratamento diferenciado pactuado ou prescrito pela equipe em virtude de raça e, caso houvesse, entenderiam essa experiência curiosamente como racismo.

Ao não se atentar aos marcadores de desigualdade no momento de classificar o “risco”, os profissionais da saúde não valorizam as estatísticas que apontam para maior percentual de complicações e morte na gestação, parto e puerpério sofrida por mulheres negras. Acabam, portanto, por favorecer aqueles que tem o privilégio de gênero, raça e classe em uma sociedade patriarcal, racista e classista. Nesta construção, aquilo que atinge as minorias sociais⁷ segue na invisibilidade.

2.2. A MULHER NEGRA E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

Entre as décadas de 1980 e 1990, ativistas negras tomaram como base os direitos reprodutivos e humanos para denunciar práticas de esterilização compulsória e em massa de mulheres negras brasileiras. Roland (1995) destaca que em 1991 cerca de 62,9% das mulheres nordestinas (que em sua maioria são negras e

⁷ As minorias sociais são as coletividades que sofrem processos de estigmatização e discriminação, resultando em diversas formas de desigualdade ou exclusão sociais, mesmo quando constituem a maioria numérica de determinada população

descendentes de indígenas) já haviam sido esterilizadas. Na época, a pressão do movimento de mulheres negras impulsionou o Congresso Nacional Brasileiro a criar uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPI), a chamada CPI da Esterilização.

A referida CPI apurou a ocorrência de prestação inadequada de serviços oferecidos por instituições privadas que financiavam métodos contraceptivos, incluindo os irreversíveis como as laqueaduras tubárias nas regiões mais pobres do país.

Neste momento histórico não se usava no Brasil o termo ‘Violência Obstétrica’. Porém, o debate sobre os abusos cometidos pelas equipes de saúde na assistência ao parto já estava na pauta dos movimentos de mulheres, trazidos especialmente pelas mulheres negras.

No Brasil, a cor da pele/raça, a etnia, a classe social e o gênero são determinantes do modo de viver, adoecer e morrer da população. A maioria das mulheres que relataram ter sofrido algum tipo de violência na internação para o parto são negras, de menor escolaridade e atendidas no setor público (WAISELFISZ, 2015; D’ORSI et al., 2014).

Partimos, portanto, do entendimento de que as mulheres negras formam um grupo mais suscetível às desigualdades nas diversas dimensões da vida social. De maneira particular, este grupo vive uma inserção subalterna na sociedade, quando comparado ao dos homens e das mulheres brancas (os) ou ao dos homens negros. Além disso, tomando como base a interseccionalidade, a dimensão racial se soma às dimensões de gênero, sexualidade, classe social, territorialidade, religiosidade, para contribuir com o quadro de imbricamento de opressões, tão peculiares, para as mulheres negras no Brasil.

Leal e Gama (2014) apontam que investigações científicas evidenciam maior frequência de violências em mulheres negras nas instituições de saúde. Na Pesquisa Nascer no Brasil⁸, por exemplo, verificou-se que as mulheres negras têm uma qualidade diferenciada da atenção, implicando uma desigualdade do tratamento para os grupos populacionais mais desfavorecidos socialmente, acrescidos de uma distinção negativa para as mulheres de pele mais escura.

⁸ Nascer no Brasil é um estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. A amostra foi selecionada em três estágios. O primeiro, composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano estratificado pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital), e tipo de hospital (privado, público e misto). O segundo foi composto por dias (mínimo de sete dias em cada hospital) e o terceiro composto pelas puérperas. Em cada um dos 266 hospitais amostrados foram entrevistadas 90 puérperas, totalizando 23.940 sujeitos.

Torna-se oportuno pontuar que as relações sociais no Brasil são permeadas pelo chamado viés racial implícito, que, nos termos de Cruz (2016), refere-se a um atalho mental que, por vezes, faz com que se tenha ações automáticas (intencionais ou não) baseadas nas características fenotípicas.

O viés racial implícito pode ser entendido através de práticas sugestivas de discriminação e preconceito, resultantes de estereótipos relativos à pessoa negra. Este seria o pavimento pelo qual o racismo institucional caminha, possibilitando desigualdades no acesso aos serviços institucionais. Ressalta-se que o racismo institucional atua de forma sutil, resultando em desigualdades não só na prestação de serviços, mas também na possibilidade de distribuição de benefícios e oportunidades aos variados grupos a partir do caráter racial (López, 2012).

Diante do exposto, é possível inferir que os efeitos da construção do imaginário social, criado em torno da população negra no Brasil, se reproduzem nos serviços de saúde. A associação, pelo viés racial implícito, entre violência, doença, crime, feiura e o corpo feminino negro, parece ser refletida no atendimento à saúde, especialmente no momento do parto (Silva e Fonseca, 2012).

Segundo Bento (2002), negros são associados à pobreza, carência cultural, despreparo, baixos recursos intelectuais, humildade, acomodação, preguiça, drogas e inadaptção. Depositários daquilo que a sociedade não pode suportar. Porém a branquitude prefere não se reconhecer como partícipe da escravidão brasileira que construiu esse viés racial. Isso causaria arranhões na imagem de supremacia que se quer preservar através de pactos narcísicos.

A branquitude atua, segundo Bento (2002), preservando hierarquias raciais com um pacto silencioso entre iguais que encontra um território particularmente fecundo nas Organizações, as quais são essencialmente reprodutoras e conservadoras. Isso ocorre inclusive nos serviços de saúde.

O Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (RASEAM) de 2015 demonstra que as mulheres negras são o público-alvo da mortalidade materna no Brasil. Tal fato foi debatido na audiência pública realizada pela Subcomissão Especial Avaliadora das Políticas de Assistência Social e Saúde das Populações Vulneráveis na Câmara dos Deputados (Brasília) em 2016. Na época, foi informado que as intercorrências que provocam os óbitos maternos vêm diminuindo entre as mulheres brancas e aumentando entre as negras.

A audiência apurou que entre os anos de 2000 e 2012 as mortes por hemorragia caíram entre as brancas de 141 casos por 100 mil partos para 93 casos. Entre as mulheres negras aumentaram de 190 para 202 casos por 100 mil partos.

O Relatório Anual Socioeconômico da Mulher – RASEAM de 2015 apresenta que, no Brasil, os óbitos de mulheres negras correspondiam a mais de 60% das mulheres mortas durante a gravidez e o puerpério, sendo que as mulheres negras representavam menos de 52% da população feminina brasileira. Em contrapartida, os óbitos de mulheres brancas, decorrentes de causas obstétricas, eram da ordem de 34%, sendo que elas correspondiam a 47,5% da população feminina brasileira. As mulheres indígenas, por sua vez, constituíam cerca de 0,40% do total da população feminina brasileira em 2010 e contabilizavam 1,3% das mortes maternas.

Os corpos das mulheres negras foram violados e seus direitos sexuais e reprodutivos negligenciados, neste país, desde que chegaram, à força, nos porões dos navios negreiros. Sofreram estupros para procriação forçada de novos escravos, política de miscigenação para embranquecimento da população, esterilização definitiva por laqueadura não consentida, controle de natalidade obrigatório em meninas em situação de abrigo, maior número das mortes maternas evitáveis, além de serem as maiores vítimas da violência obstétrica.

Verifica-se assim, até a atualidade, a ausência ou ineficácia de políticas públicas que atuem na proteção das mulheres negras em seus direitos sexuais e reprodutivos.

2.3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Ao final dos anos 70, sanitaristas, trabalhadores da saúde, movimentos sociais organizados e políticos engajados na luta pela saúde como um direito, constituindo o Movimento da Reforma Sanitária, propuseram a criação de um novo sistema de saúde. Este sistema teria como base a universalidade, a integralidade, a participação da comunidade, dentre outros elementos que atualmente constituem o arcabouço legal e a organização do SUS.

O Movimento da Reforma Sanitária brasileira lutava, ao mesmo tempo, pela abertura democrática e por um projeto de sociedade mais justo, participativo e

equânime, questionando as bases das formas de produção da desigualdade e da opressão no sistema capitalista (MATTA, 2007).

A base legal do SUS é constituída, fundamentalmente, por três documentos que expressam os elementos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro. São eles:

- A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (BRASIL, 1988);
- A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe, principalmente, sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo território nacional (BRASIL, 1990a); e, por fim,
- A lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

Segundo Paim (2018), apesar da Constituição proclamar a saúde como direito de todos e dever do Estado, o Estado brasileiro, através dos poderes executivo, legislativo e judiciário, não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS.

O subfinanciamento crônico foi identificado, de acordo com Vieira (2016), como um dos maiores obstáculos para o SUS. Diversas iniciativas foram adotadas para contorná-lo, a exemplo do:

- Direcionamento a arrecadação da Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF) para a saúde em 1996;
- Da Emenda Constitucional nº. 29 (EC-29) em 2000 que determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, Estados, Distrito Federal e municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde; e,

- do movimento Saúde+10 que tinha por finalidade assegurar o repasse efetivo e integral de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira.

Estas iniciativas não alteraram, efetivamente, a estrutura do financiamento, de modo que o gasto público, como percentagem do Produto Interno Bruto destinado a saúde, continuou inferior à proporção do gasto privado.

Além do baixo financiamento que não permitiu a implementação real do SUS conforme pensado pelos movimentos sociais na década de 70 e 80, o princípio da igualdade também não atingiu o propósito idealizado pelo Movimento da Reforma Sanitária pois não alcançamos o fim das desigualdades.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. ..., assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986: 4)

Para alcançarmos o princípio da Igualdade expresso na Constituição precisamos considerar que as condições de saúde da população são resultantes do contexto econômico e social e não se reduz à compreensão biomédica do processo saúde/doença. São necessárias políticas públicas que assegurem a igualdade de condições de acesso aos serviços de saúde e ao desenvolvimento social. Este princípio pressupõe, portanto, um projeto de sociedade justa e democrática, o que caminha na contramão do sistema capitalista neoliberal vigente.

A Igualdade como princípio do SUS, portanto, deve ser vista como meta a ser alcançada. Porém, enquanto as desigualdades sociais e econômicas mantêm as diferenças de acesso a políticas públicas, o recurso à ideia da equidade se faz necessário, como estratégia para garantir a atenção onde a iniquidade é maior.

A equidade no acesso às ações e serviços de saúde traduz o debate atual relativo à igualdade, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços. (VASCONCELOS & PASCHE, 2006: 535)

O termo equidade não aparece nos textos fundacionais do Sistema Único de Saúde visto que não atende ao projeto de sociedade que o SUS expressa. Contudo, o subfinanciamento do setor, obstaculizando o alcance da universalidade e da integralidade, somado às desigualdades sociais e às opressões sustentadas pelo sistema capitalista, tornou a equidade uma medida de ajuste neoliberal no intuito de garantir a setores vulneráveis da sociedade acesso a políticas públicas focalizadas.

Ainda que a igualdade seja princípio fundante do SUS, ela não está realizada socialmente. Neste sentido, a equidade tornou-se medida necessária de discriminação positiva objetivando a reparação dos impactos de séculos de exclusão de acesso às políticas públicas. Esta situação que gerou um anacronismo negativo⁹ nas condições de saúde da população negra.

Considerando as desigualdades em acesso a políticas públicas, na década de 80, teve início no Brasil uma série de movimentos sociais negros em busca de melhores condições de vida. Um dos frutos dessa organização foi a “Marcha Zumbi dos Palmares”, em 1995, que preconizava o fim do racismo, melhores condições de vida à população negra e fim das desigualdades raciais. Este movimento foi considerado um momento chave para a vinculação entre racismo e vulnerabilidades em saúde na agenda da gestão pública.

Um dos desdobramentos da Marcha foi a formação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da Pessoa Negra e do Subgrupo Saúde, reunindo militantes, pesquisadores e representantes do governo. Como resultados tivemos a inserção do quesito raça/cor na Declaração de Nascidos Vivos e de Óbitos; a criação de programas e ações voltadas ao enfrentamento de doenças predominantes na população negra, como a doença falciforme, hipertensão arterial e do diabetes mellitus tipo 2; o fortalecimento e extensão do então Programa Saúde da Família para as comunidades quilombolas, entre outras propostas (RIOS, 2012).

A mobilização dos movimentos negros, em especial do movimento de mulheres negras, em torno da III Conferência Internacional contra o Racismo, Homofobia e as Intolerâncias Correlatas, realizada em 2001, em Durban, África do Sul, trouxe grande impacto para o avanço da pauta. Após esta Conferência, foi criada,

⁹ Anacronismo é a atitude ou fato que não está de acordo com sua época. Neste caso chamo de anacronismo negativo em saúde o atraso da população negra que ainda sofre com situações com soluções já avançadas para quem tem acesso garantido aos serviços de saúde.

em 2003, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei nº 10.678, como órgão de assessoramento direto da Presidência da República e, na sequência, o Ministério da Saúde criou um Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com o objetivo de promover a equidade racial em saúde.

Na sequência, diversos programas e ações em torno da saúde da população negra foram elaboradas até culminar na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 2009.

Com vistas à promoção da equidade em saúde e orientado pelos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social, em consonância com o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), o Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009

O objetivo desta política é promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do SUS. Apesar disso, ao tratarmos de políticas específicas para mulheres negras através da promoção da equidade, temos Werneck (2016) afirmando que

A saúde da mulher negra não é uma área de conhecimento ou um campo relevante nas Ciências da Saúde. É inexpressiva a produção de conhecimento científico nessa área e o tema não participa do currículo dos diferentes cursos de graduação e pós-graduação em saúde, com raríssimas exceções. Trata-se de assunto vago que, na maior parte dos casos, é ignorado pela maioria de pesquisadoras e pesquisadores, estudantes e profissionais de saúde no Brasil. (WERNECK, 2016).

Este estudo corrobora com as palavras de Jurema Werneck visto que em nossa revisão bibliográfica nos deparamos com a situação de o termo “violência obstétrica” sequer ser um descritor oficial nas bases de dados para pesquisa de artigos científicos, ainda mais difícil ao relacionar violência obstétrica a mulheres negras.

3. LEGISLAÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

3.1. BRASIL

O Brasil não possui legislação federal específica no intuito de erradicar a violência obstétrica em seu ordenamento jurídico. Existem, no momento, programas do Ministério da Saúde para combater a violência obstétrica, bem como leis municipais, estaduais e um projeto de lei federal em tramitação.

A primeira lei municipal a tratar sobre a violência é do município de Diadema, estado de São Paulo. A lei municipal 3.363/2013 possui 7 artigos, dos quais é apresentado o objetivo da lei (artigo 1), o conceito de violência obstétrica (artigo 2) e a caracterização de condutas consideradas violentas a gestante, podendo estas ser ofensas verbais ou físicas (artigo 3).

Em 2017, foi aprovado em Santa Catarina projeto de lei estadual sobre a violência obstétrica. A Lei nº 17.097 de janeiro de 2017 possui a mesma redação da lei do município de Diadema/SP, e “Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina” (SANTA CATARINA, 2017).

No ano de 2018, diversas legislações estaduais referentes ao tema foram aprovadas:

- Paraná - Lei N.º 19.701/2018 que trata da Violência Obstétrica, e garantia dos direitos das gestantes com o objetivo de promover as Boas Práticas Obstétricas, baseadas em Evidências Científicas.
- Minas Gerais - Lei Nº 23175/2018 que dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado.
- Pernambuco - Lei nº 16.499/2018, que estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco.
- Mato Grosso do Sul - Lei Nº 5217/2018 que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente

contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul e dá outras providências.

- No Tocantins, a Lei Nº 3.385/2018, que dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins.

Além das leis mencionadas, há a Lei nº 11.108 de 2005, conhecida como a Lei do Acompanhante que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei do SUS) “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”.

O Conselho Federal de Medicina, ao se manifestar sobre o tema emitiu despacho apresentando que

... A expressão ‘violência obstétrica’ é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética. (despacho do órgão SEI SEI/MS – 9087621)

O parecer traz a informação de que

... os médicos entendem que a autonomia da mulher deve ter limites, principalmente quando existem fatores que possam colocar tanto a mãe quanto a criança em risco se o parto vaginal for escolhido, e em local que não seja o hospital. (despacho do órgão SEI SEI/MS – 9087621)

Na sequência, contrariando os documentos oficiais produzidos anteriormente pelo próprio Ministério da Saúde até então, o órgão emitiu o seguinte despacho referente a esta temática:

... O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério.

... Pelos motivos explicitados, ressalta-se que a expressão “violência obstétrica” não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde

qualificada. Ratifica-se, assim, o compromisso de as normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação. (DESPACHO DAPES/SAS/MS, 2019)

Em suas diretrizes de atenção à saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, publicada em janeiro de 2018, o Ministério da Saúde citava artigos acadêmicos ao definir a violência obstétrica como “a violência institucional na atenção obstétrica promovida pela organização do serviço e pelos profissionais de saúde contra a mulher grávida durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento”. (BRASIL, 2018)

Como exemplos desse tipo de violência o documento menciona:

- Negação do direito à maternidade;
- Negação de sua sexualidade;
- Julgamentos, chacotas e piadas;
- Falas infantilizadas para se referir à mulher;
- Desrespeito do direito à acessibilidade da informação durante o acompanhamento pré-natal, parto e aborto;
- Restrição da participação da mulher no parto;
- Cesáreas desnecessárias e indesejadas;
- Laqueadura sem consentimento;
- Quebra de sigilo e da confidencialidade;
- Descaso nas situações de violência física, psicológica e sexual;
- Descaso sobre o direito ao planejamento reprodutivo e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis, vírus da imunodeficiência humana (IST/HIV/Aids);
- Barreiras físicas para o acesso ao serviço de saúde;
- Falta de acessibilidade para marcação de consultas e realização de exames. (BRASIL, 2018).

A questão levou o Ministério Público Federal a encaminhar ao Ministério da Saúde uma recomendação para reconhecer a legitimidade do uso do termo ‘violência obstétrica’. Após recomendação, o Ministério da Saúde (MS) elaborou ofício, sem utilizar o termo violência obstétrica, porém com a seguinte redação:

... O MS reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas que versam sobre o tema. (OFÍCIO Nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS)

3.2. ARGENTINA

3.2.1. Lei nº 25.929, de 17 de setembro de 2004

A legislação aborda os direitos das mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, com ênfase nos seguintes direitos: informação; ser tratada com respeito e de forma individualizada; ser protagonista do seu parto; parto natural, evitando práticas invasivas e ser acompanhada por uma pessoa da sua escolha. Aborda, também, direitos do recém-nascido.

A Lei denominada “Ley de Parto Humanizado”, é “destinada a concientizar a la sociedad, sobre la importancia del acompañamiento de la mujer en el parto por una persona de su elección, y de los beneficios que significa para la salud del binomio madre-hijo” (ARGENTINA, 2004).

Essa lei possui 8 artigos, destacando os mais importantes, que regulam sobre os direitos das mulheres em trabalho de parto (artículo 2), os direitos do recém-nascido (artículo 3), os direitos do pai, da mãe e do recém-nascido em situação de risco (artículo 4) e as penalidades a ser aplicadas aos responsáveis pelo descumprimento das normas desta lei (artículo 6), como podem ser vistas a seguir:

Artículo 2o.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Artículo 3o.- Toda persona recién nacida tiene derecho:

- a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.
- b) A su inequívoca identificación.
- c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquella.
- e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

Artículo 4o.- El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

- a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
- c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.
- e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.
- (...)

Artículo 6o.- El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que estos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder (ARGENTINA, 2004a).

3.2.2. Lei nº 26.485, de 1º de abril de 2009

A “Lei de proteção integral para prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres no âmbito onde desenvolvem suas relações interpessoais ” tem como objeto promover e garantir: a eliminação da discriminação entre homens e mulheres; que as mulheres possam viver suas vidas sem ser violentadas; desenvolvimento de políticas públicas para remoção das desigualdades entre os gêneros e das relações de poder sobre as mulheres; acesso à justiça nos casos de violência; assistência integral às mulheres violentadas.

Essa lei possui 45 artigos, e trata sobre as diversas formas de violência contra a mulher, trazendo a definição de violência (artículo 4), os tipos de violência, podendo ser física, psicológica, sexual, econômica e patrimonial e simbólica (artículo 5) e em seu artigo 6, traz as modalidades de violência, estando na alínea “e” o reconhecimento da violência obstétrica.

ARTICULO 4º — Definición. Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

ARTICULO 5º — Tipos. Quedan especialmente comprendidos en la definición del artículo precedente, los siguientes tipos de violencia contra la mujer:

1.- Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.

2.- Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonor, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

3.- Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

4.- Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:

- a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
- b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
- c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;

d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

5.- Simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

ARTICULO 6º — Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas

(...)

e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 (ARGENTINA, 2009b).

3.3. VENEZUELA

Denominada “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, Lei nº 38.668, de 23 de abril de 2007, tem por objetivo garantir e promover este direito, criando condições para prevenir e erradicar a violência contra as mulheres em qualquer de suas manifestações e âmbitos, estimulando mudanças nos padrões socioculturais e na desigualdade de gênero.

Ao conceituar a violência obstétrica, a lei trata em seu artigo 15, definindo a violência obstétrica como a violação do corpo da mulher e das suas vontades pelo profissional de saúde que realiza o parto desumanizado, com abuso de medicações, deixando de lado o processo natural (VENEZUELA, 2007).

Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (VENEZUELA, 2007).

O artigo 51 apresenta os tipos de violência obstétricas:

Artigo 51. São considerados atos de violência obstétrica quando executados por profissionais da saúde, compostos por:

1. Não atender oportuna e efetivamente as emergências obstétricas.
2. Obrigar as mulheres a dar à luz em decúbito dorsal com as pernas levantadas existindo meios necessários para a realização do parto vertical.
3. Impedir o contato precoce da criança com sua mãe, sem uma boa razão médica, negando a possibilidade de imediatamente amamentar ou amamentar no nascimento.
4. Alterar o processo do nascimento natural do parto de baixo risco usando técnicas de aceleração, sem a obtenção de consentimento voluntário, expresso e informado das mulheres.
5. Indicar o parto por via cesariana, existindo condições para o parto natural, sem a obtenção de consentimento voluntário, expresso e informado das mulheres.

Além disso, nos dispositivos seguintes, do artigo 61 ao 63, tratam sobre indenizações decorrentes das práticas danosas, que geram uma responsabilidade civil de quem cometeu o delito com a obrigação de reparar esses danos.

Artículo 61. indemnización. Todos los hechos de violencia previstos en esta Ley acarrearán nel pago de una indemnización a las mujeres víctimas de violencia o a sus herederos y herederas en caso de que la mujer haya fallecido como resultado de esos delitos, el monto de dicha indemnización habrá de ser fijado por el órgano jurisdiccional especializado competente, sin perjuicio de la obligación de pagar el tratamiento médico o psicológico que necesitare la víctima.

Artículo 62. reparación. Quien resultare condenado por los hechos punibles previstos en esta Ley, que haya ocasionado daños patrimoniales en los bienes muebles e inmuebles de las mujeres víctimas de violencia, estará obligado a repararlos con pago de los deterioros que hayan sufrido, lo scualesserán determinados por el órgano jurisdiccional especializado competente. Cuando no sea posible su reparación, se indemnizará su pérdida pagándose el valor de mercado de dichos bienes (VENEZUELA, 2007)

3.4. PROJETOS DE LEI NO BRASIL

3.4.1. PL 7.633/2014 – Deputado Federal Jean Wyllys (PSOL-RJ)

Define violência obstétrica como: “a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos (as) profissionais de saúde através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que causa a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade”.

O Projeto de Lei possui 31 artigos, e foi estruturado em quatro títulos, sendo eles: Título I - Das diretrizes e dos princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério; Título II - Da erradicação da violência obstétrica; Título III – Do controle dos índices de cesarianas e das boas práticas obstétricas; e Título IV – Disposições Gerais.

A princípio, o projeto de lei trata em seus artigos iniciais sobre a assistência ao parto humanizado, dos direitos da gestante e a elaboração de um Plano Individual de Parto, bem como vedações de certas práticas da equipe profissional em relação ao parto.

No artigo 13 traz o conceito de violência obstétrica, e por seguinte, no artigo 14 trata sobre o que é considerado ofensa verbal e física, do inciso I a XXII e encerrando o Título I, traz os direitos do recém-nascido, no artigo 16.

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério (BRASIL, 2014).

No Título II, é abordado as formas de erradicação da violência obstétrica, trazendo medidas a serem tomadas quando houver a violação do direito, como pode

ser visto no artigo 17, e nos artigos seguintes tratam sobre a necessidades de disseminação de informações a respeito da violência obstétrica.

Art. 17 – Todos os casos de violência obstétrica praticados pelos profissionais da equipe de saúde serão relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas - CMICBPO, e constituem infração à legislação sanitária federal, implicando obrigatoriamente na aplicação das penalidades previstas nesta Lei ao estabelecimento de saúde.

§ 1º - Os e as profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas condutas.

§ 2º - Os casos de violência obstétrica serão também notificados aos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos (BRASIL, 2014).

Por fim, no Título III estabelece um índice a ser respeitado para controlar a prática desenfreada da cesárea, tratando que os índices de cesárea não podem ultrapassar os estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, cuja fiscalização, ficará a cargo das Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO, que irá “realizar o controle, o monitoramento e a mobilização social de profissionais e instituições para a redução dos índices de cesariana no país” (artigo 26, § 1º)

3.4.2. PL 7.867/2017 – Deputada Federal Jô Moraes (PCdoB - MG)

O projeto de lei da deputada Jô Moraes, nº 7867 de 2017 possui 7 artigos, e “Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério”.

A ementa tem por objeto: “a adoção de medidas de proteção contra a violência obstétrica e divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério”. De início, a lei trata dos objetivos, bem como a obrigação da elaboração de um plano de parto, e por seguinte cita as formas de violência obstétrica pela ofensa verbal e física. Por fim, traz a sanção pelo descumprimento dos

dispositivos desta lei “Art. 6º. O descumprimento dessa lei sujeitará os infratores às penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil” (BRASIL, 2017b).

3.4.3. PL 8.219/2017 – Deputado Federal Francisco Floriano (DEM-RJ)

Este Projeto de Lei “Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após”. Texto semelhante aos projetos anteriores, e mais sucinto. Destaque para a pena, caso o profissional infrinja a lei: “Detenção, de seis meses a dois anos, e multa”.

O projeto possui 4 artigos, e de início traz o conceito de violência obstétrica: “A violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia” (Artigo 2º).

Em seguida, a lei trata sobre a caracterização das práticas violentas:

Art. 3o. Constitui violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais da saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após:

I - Negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal;

II – Proferir comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc.;

III - ofender, humilhar, xingar, insultar ou debochar da mulher ou sua família;

IV - Negligenciar o atendimento de qualidade;

V – Impedir a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de duração do trabalho de parto, parto e pós-parto;

VI – Submeter a cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher;

VII - impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição;

VIII - impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém-nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc.).

IX - Realizar procedimento cirúrgico sem o conhecimento e consentimento da mulher. Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa (BRASIL, 2017c)

Importante destacar no PL 8219/17 há a atribuição de uma pena específica caso haja o descumprimento dos dispositivos, como pode ser visto no artigo já mencionado e no seguinte que trata sobre o uso desnecessário da episiotomia, aplicando pena de detenção de um a dois anos e multa:

Art. 4º. O procedimento médico denominado episiotomia é inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico da mulher. Pena - detenção, de um ano a dois anos, e multa (BRASIL, 2017c).

3.5. ANÁLISE DAS LEGISLAÇÕES E PROJETOS DE LEI

Considerando a Ley nº 25.929 de 2004 - *Ley Nacional de Parto Respetado* e a Ley nº 26.485. *Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones*, ambas da Argentina, Considerando a Lei nº 38.668, de 23 de abril de 2007 denominada *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, da Venezuela, e os Projetos de Lei 7.633/2014, 7.867/2017 e 8.219/2017 do Brasil, o que mais se aproxima das definições previstas no documento *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud* da Organização Mundial da Saúde é o Projeto de Lei 7.633/2014 do Brasil.

Cabe ressaltar que a Legislação Argentina é precursora na América Latina na tipificação de violência obstétrica como crime contra a mulher. Os escritos legais posteriores utilizaram-na como base e ampliaram o debate sobre a temática.

A morosidade na tramitação do Projeto de Lei 7.633/2010 demonstra como o Brasil tem muito a avançar neste tema. A falta de legislação federal específica mostra a invisibilidade jurídica do tema, apesar das estatísticas.

Para atuar de maneira eficaz na erradicação da violência obstétrica é necessário combinar uma legislação moderna, com boas práticas obstétricas e políticas públicas eficazes que respeitem os direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres.

Chadwick (2017) aponta para a necessidade de desenvolver conceituações mais sofisticadas de violência obstétrica, nas quais são reconhecidas múltiplas modalidades de poder. É, portanto, imperativo que as legislações sobre o tema sejam elaboradas tratando a violência obstétrica como o resultado de múltiplas camadas de normas sociais e relações de poder. Segundo a autora até que os aspectos normalizadores e disciplinares da prática obstétrica em termos de reiterar as relações dominantes de raça, classe, gênero e poder médico sejam reconhecidos, as erupções de abuso e violência subjetiva continuarão.

No Brasil um importante avanço no enfrentamento a violência contra a mulher é a Lei nº 11.340 conhecida popularmente como de Lei Maria da Penha¹⁰. Em vigor desde o dia 22 de setembro de 2006, a Lei Maria da Penha dá cumprimento à Convenção para Prevenir, Punir, e Erradicar a Violência contra a Mulher, a Convenção de Belém do Pará, da Organização dos Estados Americanos (OEA), ratificada pelo Brasil em 1994, e à Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Cedaw), da Organização das Nações Unidas (ONU).

Embora a Lei Maria da Penha tenha trazido inovações jurídicas, avançado na proteção das mulheres em risco e colocado a violência contra a mulher em evidência, a legislação se restringe a violência doméstica e intrafamiliar.

O Brasil precisa de uma legislação ampla que busque garantir as mulheres uma vida livre de violências em todos os ambientes que desenvolvem suas relações, seja na esfera privada ou pública.

Cabe lembrar que mesmo sem lei específica, a violência obstétrica pode ser caracterizada por fatos típicos e antijurídicos, já previstos no Código Penal, como os crimes de homicídio, de lesão corporal, de omissão de socorro e contra a honra.

¹⁰ A cearense Maria da Penha foi casada durante seis anos com o professor universitário Heredia Viveiros. Em 1983 ele tentou matá-la duas vezes. Na primeira tentativa, atirou em suas costas; na segunda, tentou eletrocutá-la durante o banho. O primeiro julgamento do caso só aconteceu oito anos após os crimes, em 1991. Os advogados de Viveiros conseguiram anulá-lo. Cinco anos mais tarde, em 1996 ele foi condenado a dez anos de reclusão, mas conseguiu recorrer em liberdade. Passados quinze anos do crime, a justiça brasileira ainda não havia se pronunciado de forma definitiva. Com o apoio de ONGs, Maria da Penha levou o caso para a Comissão de Direitos Humanos da OEA, denunciando a tolerância da violência doméstica pelo Estado brasileiro. Foi a primeira vez que este tipo de denúncia foi acatado pela OEA. O processo acabou com a condenação do Brasil pela negligência sistemática no combate à violência doméstica contra as mulheres brasileiras. Uma das recomendações do relatório final da OEA foi à criação de uma legislação específica para tratar este tipo de crime. Até aquele momento os casos de violência doméstica eram considerados crimes de menor potencial ofensivo no Brasil. O agressor de Maria da Penha só foi preso pela primeira vez em 2002, quase vinte anos após os crimes e poucos meses antes da prescrição. Em menos de dois anos após a sentença ele já estava solto.

4. METODOLOGIA

Os elementos teóricos desta pesquisa têm como base o método científico-filosófico do materialismo histórico-dialético, levando em conta as contradições e os conflitos presentes na expressão singular das múltiplas apresentações da realidade no contexto histórico e social na qual o objeto de estudo se realiza.

Segundo Egry (2006), dialética, etimologicamente, vem do grego “dia”, que expressa a ideia de “dualidade”, “troca”, e “lektikós”, “apto à palavra”, “capaz de falar”. É a mesma raiz de “logos” (“palavra”, “razão”), e, portanto, se assemelha ao conceito de diálogo. No diálogo, há mais de uma opinião, há dualidade de razões, há confrontos de lógicas (tese e antítese), há a expressão de contradições. Essa mesma acepção é entendida para a vida concreta, em seus processos de produção e reprodução.

Segundo a exposição de Engels (ENGELS, s/d,b, p. 193-198) a dialética, combinando a lógica e a teoria do conhecimento, foi desenvolvida pela filosofia clássica alemã a partir de Kant, e atingiu sua forma plena com Hegel, substituindo o método de pensamento anterior, que Hegel denominou metafísica, baseado na imutabilidade e no isolamento recíproco dos objetos e fenômenos da existência.

De acordo com Claus Germer (2021) a dialética revolucionou a filosofia concebendo o mundo como um conjunto não de elementos imutáveis e isolados uns dos outros, mas como um conjunto de processos interligados em uma totalidade e em ininterrupto movimento de transformação. Mas a dialética hegeliana, exposta na Ciência da Lógica – que é a ciência da lógica dialética –, era idealista, isto é, baseava-se na concepção da primazia do espírito sobre a matéria, de tal modo que o movimento do real era tido como apenas o reflexo do auto movimento do espírito¹¹. Marx e Engels integraram a dialética ao materialismo na forma da lógica materialista. Segundo Marx, “a mistificação que a dialética sofreu nas mãos de Hegel, de modo algum impede que ele tenha sido o primeiro a expor as suas formas gerais de movimento de maneira abrangente e consciente” (Marx, 1981, p. 12).

Marx e Engels tomaram de Hegel o elemento revolucionário da sua filosofia – a dialética – descartando a sua forma idealista, e demonstrando que o movimento observado no mundo real não tinha a sua origem em um impulso sobrenatural, mas

¹¹ “Para Hegel, o processo de pensamento, que ele, sob o nome de ideia, transforma num sujeito autônomo, é o demiurgo do real, real que constitui apenas a sua manifestação externa. Para mim, pelo contrário, o ideal não é nada mais que o material, transposto e traduzido na cabeça do homem” (OCI/1, p. 20; DKI, p. 12).

originava-se no âmago da própria matéria, das contradições nela residentes. Correspondentemente, demonstraram que as leis da dialética, expostas por Hegel, e que para ele eram leis do pensamento, por ele caracterizado como Ideia Absoluta, eram na realidade deduzidas da própria realidade material, que Hegel atribuiu ao pensamento, devido a uma ilusão decorrente das características do processo de apreensão da realidade pelo pensamento (Engels e Marx, 1973).

Para estes pensadores, o dado primeiro é o mundo material, e é dele que advém a ideia; a contradição surge entre homens reais, em condições históricas e sociais reais, em que se confrontam interesses opostos no processo histórico da existência. Dessa forma, o mundo material é dialético, isto é, está em constante movimento. Historicamente, as mudanças ocorrem em função das contradições surgidas a partir dos antagonismos das classes no processo de produção e reprodução social.

Para Engels (citado por Konder, 1984, p. 8), a "dialética é a ciência das leis gerais do movimento, tanto do humano externo, quanto do pensamento humano." Na acepção moderna, a dialética significa o modo de pensar as contradições da realidade, o modo de compreender a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação. A dialética é, pois, um método de interpretação dinâmico e totalizante da realidade, que considera que o conhecimento sobre os fatos não pode ser realizado deixando-se de fora o contexto social, político, econômico etc.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para revisão Bibliográfica foi utilizado o método da revisão integrativa, por adotar ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para WHITEMORE e KNAFL (2005), o “termo integrativa tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método”, ponto esse que “evidencia o potencial para se construir a ciência” (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p.127).

Botelho, Cunha e Macedo (2011) enfatizam que o método da revisão integrativa pode ser incorporado às pesquisas realizadas em outras áreas do saber, além da área da saúde, pelo fato de ele viabilizar a capacidade de sistematização do conhecimento científico e de forma que o pesquisador se aproxime da problemática que deseja apreciar, traçando um panorama sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, com isso, visualizar possíveis oportunidades de pesquisa.

Assim, segundo esses autores, esse procedimento deve ser escolhido quando se quer realizar a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado e/ou quando se pretende obter “informações que possibilitem aos leitores avaliarem a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão” (BOTELHO, CUNHA e MACEDO, 2011, p.133).

5.1. ETAPAS DA REVISÃO INTEGRATIVA

Para a realização da revisão utilizou-se o modelo proposto por Ganong (1987), que envolve as seguintes etapas:

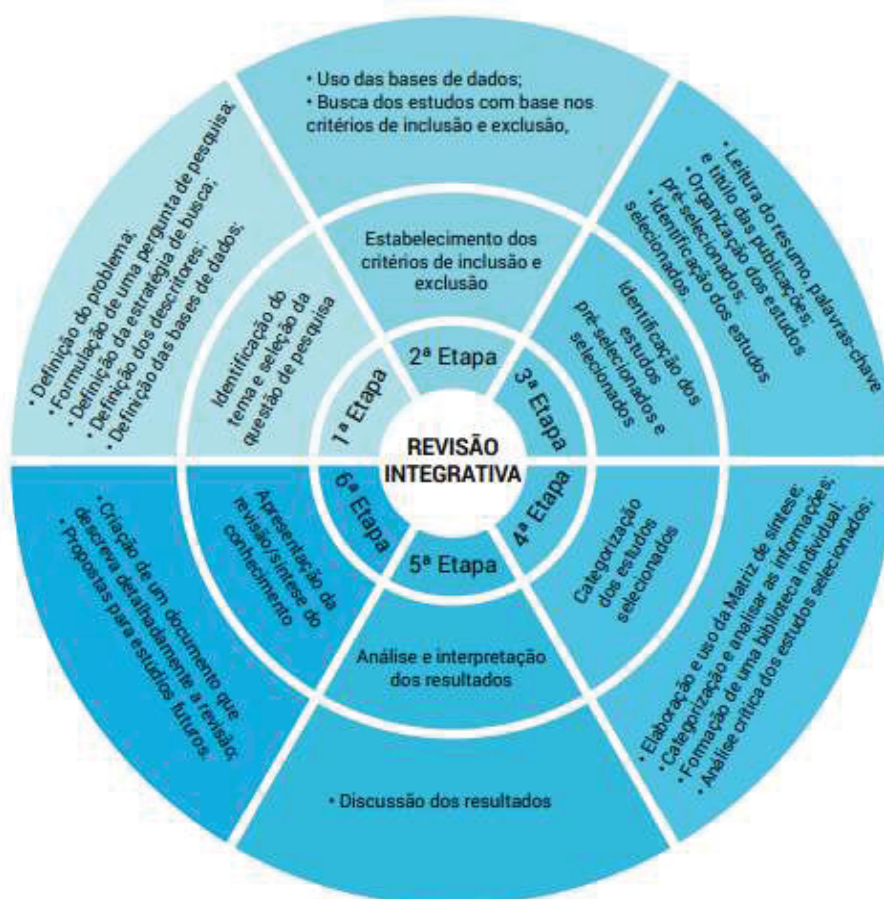
- 1) seleção das questões para revisão, que consiste em identificar o tema, definir problema e a pergunta clínica em formato PICOT;
- 2) estabelecimento de critérios para inclusão de estudos e busca na literatura, procurando a melhor evidência;
- 3) apresentação das características dos estudos revisados, avaliando criticamente as evidências dos estudos pré-selecionados;

- 4) análise dos estudos utilizando instrumento específico com intuito de integrar as evidências;
- 5) interpretação dos resultados, baseados em evidências;
- 6) apresentação dos resultados e síntese do conhecimento.

Botelho, Cunha e Macedo (2011) apresentam as etapas da revisão integrativa e os objetivos a serem alcançados em cada uma delas conforme FIGURA 1.

Vale ressaltar que, dentro das bases de dados estabelecidas e respeitando os critérios de inclusão e exclusão, poucos artigos tratavam especificamente de violência obstétrica com recorte racial. O termo “Violência Obstétrica” se quer é um descritor nas bases de dados. Isto já revela a invisibilidade na produção científica sobre o racismo institucional na área de saúde da mulher.

FIGURA 1– ETAPAS DA REVISÃO INTEGRATIVA



FONTE: Botelho; Cunha; Macedo (2011. P.129)

5.1.1. Etapa 1: Identificar o tema, definir problema e pergunta clínica em formato PICOT

A sigla PICOT significa (P) considerar a população alvo; (I) considerar o interesse da intervenção ou a área de interesse; (C) comparar tipos de intervenção ou grupos; (O) obter resultados e considerar os efeitos a serem alcançados com a intervenção; (T) considerar o tempo necessário para se obter o resultado. Os formatos PICOT e PICOD fornecem uma estrutura eficiente para a busca de dados em bases eletrônicas (STILLWELL, FINEOUT-OVERHOLT, MELNYK, WILLIAMSON, 2010b).

Seguindo o formato PICOT, a questão formulada deverá conter os seguintes elementos: (P) em quem, em quais pessoas foi realizada essa intervenção; (I) como foi feita essa intervenção; (C) se essa intervenção pode ser comparada a outros tipos de intervenção; (O) quais os efeitos causados pela intervenção e como afetou a população; (T) qual foi o tempo necessário para realizar a intervenção.

No estudo em questão podemos definir PICOT da seguinte forma: (P) O Público são Mulheres durante gravidez, Parto e Puerpério, (I) a intervenção é a violência obstétrica realizada pelos profissionais da área da Saúde durante a assistência, (C) A comparação é se há maior casos de violência obstétrica entre mulheres negras, (T) ao longo do tempo.

Assim chegamos na seguinte questão norteadora “Os casos de violência obstétrica, cometida por profissionais da área da saúde durante assistência às mulheres no pré-natal, parto e puerpério, ocorrem mais em mulheres negras do que em mulheres brancas?”.

5.1.2. Etapa 2: Procurar a melhor evidência

Com base na questão norteadora, utilizamos como critério de inclusão estudos que tratassem de violência obstétrica e realizassem recorte racial em sua análise.

Como dificuldade inicial nos surpreendemos com o fato do termo “Violência Obstétrica” não ser um descritor oficial nas bases de dados. Isso pode ocorrer devido à baixa produção acadêmica sobre o tema ou pela invisibilidade da questão, seja no campo científico da disciplina de saúde da mulher ou mesmo da saúde coletiva.

Os descritores utilizados para a busca foram ("violencia obstétrica" OR "obstetric violence" OR "violência obstétrica") AND ("black woman" OR "black women" OR "mulher negra" OR "mulheres negras" OR "mujer negra" OR "mujeres negras" OR racism OR racismo).

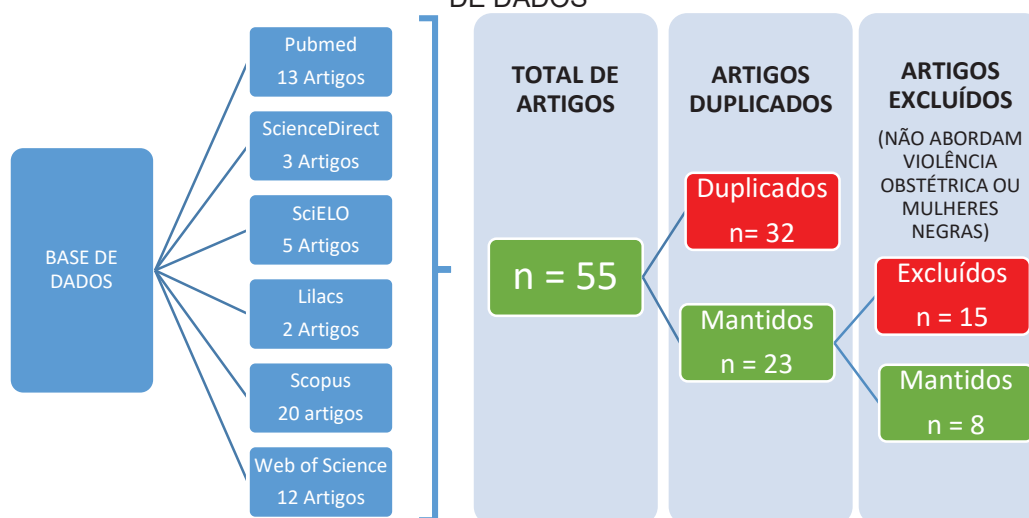
Na estratégia de busca, utilizaram-se sete recursos informacionais, sendo quatro bases de dados eletrônicas (Science Direct, Lilacs, Scopus, Web of Science), o portal PubMed, que engloba o Medline e duas bibliotecas digitais (Banco de Teses da CAPES e SciELO). Selecionamos a opção “Periódicos revisados por pares” e artigos publicados entre 2015 e 2019.

5.1.3. Etapa 3: Avaliar criticamente as evidências dos Estudos pré-selecionados

Apesar de dados oficiais sobre o tema e da história de luta dos movimentos sociais de mulheres e feministas negras contra a violência obstétrica, a produção acadêmica a partir desta pesquisa resultou em somente 55 artigos, conforme demonstrado na FIGURA 2.

Após a exclusão dos artigos duplicados, chegou-se ao resultado de 23 artigos. Diante da baixa quantidade optamos pela leitura integral destes artigos para avaliação dos critérios de inclusão e exclusão. Foram excluídos aqueles que não tratavam de violência obstétrica ou que não apresentavam recorte racial na discussão do tema.

FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DA COLETA E ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS NAS BASES DE DADOS



FONTE: A autora

Cabe detalhar que os artigos que somente mencionavam estatísticas, ou citavam a maior vulnerabilidade das mulheres negras em relação à violência obstétrica, sem discutir em algum grau a questão racial, foram excluídos. Após a leitura integral dos artigos, 8 (oito) perfizeram a seleção para análise crítica, conforme apresentado no QUADRO 1.

Ursi (2005) lembra que, para extrair as informações dos artigos, o pesquisador deve fazer uso de um instrumento que permita analisar separadamente cada artigo, tanto num nível metodológico quanto em relação aos resultados das pesquisas.

Tendo em vista que ainda não há um consenso sobre critérios que validem a qualidade de estudos qualitativos, utilizamos a avaliação sistematizada por meio do instrumento Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2011), desenvolvido em Oxford em 1993 pela Dra. Amanda Burls. (ANEXO 1).

QUADRO 1 – ARTIGOS SELECIONADOS A PARTIR DAS BASES DE DADOS APÓS ANÁLISE E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.

ANO	TÍTULO	AUTORES	METODOLOGIA	PERIÓDICO	BASE
2015	Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico	Smith-Oka, Vania	Estudo Etnográfico	Social Science & Medicine, October 2015, Vol.143, pp.9-16	MEDLINE / PUBMED
2016	Raça e violência obstétrica no Brasil	Lima, Kelly Diogo de.	Estudo transversal	Recife; s.n; 2016. 24 p. ilus.	LILACS
2016	A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde	Diniz, Carmen Simone Grilo; Niy, Denise Yoshie; Andrezzo, Halana Faria de Aguiar; Carvalho, Priscila Cavalcanti Albuquerque; Salgado, Heloisa de Oliveira	Estudo Descritivo de abordagem qualitativa	Interface: Comunicação e Saúde Educação, 2016, Vol.20(56), p.253(7)	SCOPUS
2017	Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives	Chadwick, Rachelle	Estudo Descritivo de abordagem qualitativa	Feminism & Psychology, November 2017, Vol.27(4), pp.489-509	WEB OF SCIENCE
2018	Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing	Davis, Dána-Ain	Estudo Descritivo de abordagem qualitativa	Medical anthropology, 06 December 2018, pp.1-14	MEDLINE / PUBMED

2018	Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica	Assis, Jussara Francisca de.	Estudo Descritivo de abordagem qualitativa	Serviço Social & Sociedade Dez 2018, N° 133 Páginas 547 - 565	LILACS
2019	Obstetric Violence and Reproductive Governance in the Dominican Republic	Castro, Arachu; Savage, Virginia	Estudo Descritivo de abordagem qualitativa	Medical Anthropology, 17 February 2019, Vol.38(2), pp.123-136	MEDLINE/PUBMED
2019	Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience	Lansky, Sonia; Souza, Kleyde Ventura de; Peixoto, Eliane Rezende de Moraes; Oliveira, Bernardo Jefferson; Diniz, Carmen Simone Grilo; Vieira, Nayara Figueiredo; Cunha, Rosiane de Oliveira; Friche, Amelia Augusta de Lima	Estudo transversal multicêntrico e multimétodos	Ciência & Saúde Coletiva, 2019, Vol.24(8), p.2811(13) [Periódico revisado por pares]	WEB OF SCIENCE

FONTE: A autora

5.1.4. Etapa 4: Integrar as Evidências

A partir da leitura dos artigos pode-se verificar que a violência obstétrica tem maior ocorrência entre mulheres negras, sendo que nas de baixa renda as técnicas médicas obsoletas são as mais praticadas. A violência obstétrica é entendida como uma manifestação da violência de gênero, exacerbada pelo desconhecimento das mulheres sobre os cuidados obstétricos mais adequados, que por vezes faz com que elas não identifiquem a violência sofrida. Outra questão relevante é a justificativa dos profissionais de saúde, que referem que a sobrecarga de trabalho, a falta de material adequado e o dimensionamento de profissionais insuficientes resultam em uma assistência desumanizada.

A FIGURA 3 apresenta a Matriz de Síntese, ferramenta de extração e organização de dados dos artigos selecionados.

FIGURA 3 - MATRIZ DE SÍNTESE DOS ARTIGOS SELECIONADOS



FONTE: A autora

5.1.5. Etapa 5: Discussão dos Resultados Baseados em Evidências

A elaboração de revisão integrativa abordando o tema violência obstétrica considerando o marcador racial se mostrou desafiador desde o começo da pesquisa.

Fomos surpreendidos com o fato de o termo “Violência Obstétrica” não ser um descritor oficial nas bases de dados. Isso gerou uma dificuldade inicial, pois a escolha de descritores como “violência”, “gestação” e “racismo” resultava em artigos que versavam sobre agressão física a gestantes, uso de substâncias e aborto provocado e não sobre violência obstétrica.

A estratégia de busca apresentada na ETAPA 2 da revisão integrativa resultou em quatro bases de dados e duas bibliotecas virtuais com o resultado de apenas 23 artigos. Após a leitura integral dos estudos, foi percebido que 15 destes somente citavam, superficialmente, que a violência obstétrica acontecia majoritariamente em mulheres em situação de vulnerabilidade social. Alguns textos sequer explicavam que atores compõem o grupo de vulnerabilidade social, outros consideraram de forma genérica as mulheres pobres, negras e indígenas. Estes estudos foram excluídos visto que não apresentavam em profundidade de análise teórica informações sobre as

condições de ocorrência da violência, explicação das razões, relação com racismo ou proposta de superação para tal fato.

Os artigos selecionados, conforme demonstrado no QUADRO 2, versaram sobre:

- A formação do profissional médico (DINIZ, NIY, ANDREZZO, HALANA, CARVALHO, SALGADO, 2016);
- A prática profissional da equipe de saúde em hospitais públicos, (ASSIS, 2018) as experiências das mulheres, (ARACHU, SAVAGE 2019; DAVIS 2019);
- O entendimento da violência obstétrica como violência de gênero, (Vania Smith-Oka, 2015 e Chadwick, 2017);
- O racismo obstétrico (LIMA, 2016; CHADWICK, 2017) e;
- As formas de enfrentamento à violência obstétrica (LANSKY, SOUZA, PEIXOTO, OLIVEIRA, DINIZ, VIEIRA ET AL. 2019).

Foi descrito pelos estudos que, na formação acadêmica de profissionais médicos, procedimentos desnecessários são realizados para treinamento de técnicas cirúrgicas (LIMA, 2016). Soma-se a isso estudos que mostram que por vezes os procedimentos são realizados sem consentimento da mulher ou com informações parciais que a conduzem ao falso entendimento da necessidade do uso da técnica (DINIZ, NIY, ANDREZZO, HALANA, CARVALHO, SALGADO, 2016).

Os estudos apontam que as condições de trabalho têm impacto preponderante na qualidade do cuidado. A carga horária de trabalho extenuante, a carência de materiais e a falta de profissionais nos hospitais públicos resulta em uma equipe de trabalho descontente que justificam pela sobrecarga de tarefas as omissões de informação e cuidados na assistência (VANIA SMITH-OKA, 2015; ASSIS, 2018)

Nos estudos realizados diretamente com as mulheres, foi percebido que as negras e as de baixa renda têm maior vulnerabilidade à hierarquia médica (LIMA, 2016). São também as maiores vítimas de violência verbal por parte da equipe de saúde (CHADWICK, 2017).

No enfrentamento à violência obstétrica, nos artigos selecionados destaca-se a necessidade de:

- Mudança curricular, fundamentando a assistência ao parto em procedimentos baseados em evidência científica, médico (DINIZ, NIY, ANDREZZO, HALANA, CARVALHO, SALGADO, 2016);
- A importância de legislações que criminalizem a violência obstétrica (ASSIS, 2018);
- A disseminação da informação pelas equipes de saúde para as gestantes durante o pré-natal sobre o que é violência obstétrica, (LANSKY, SOUZA, PEIXOTO, OLIVEIRA, DINIZ, VIEIRA ET AL. 2019) e;
- O enfrentamento às desigualdades sociais, o combate ao racismo e a defesa da igualdade de gênero. (VANIA SMITH-OKA, 2015; LIMA, 2016; DINIZ, NIY, ANDREZZO HALANA, CARVALHO, SALGADO, 2016; CHADWICK, 2017; ASSIS, 2018; DAVIS 2019; ARACHU, SAVAGE, 2019; LANSKY, SOUZA, PEIXOTO, OLIVEIRA, DINIZ, VIEIRA ET AL. 2019).

QUADRO 2 - OBJETIVO E CONCLUSÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS

TÍTULO	OBJETIVO	CONCLUSÃO
Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico	Analisar microagressões nas interações entre o pessoal biomédico e os pacientes marginalizados	O estudo apresenta que o sistema hospitalar é mal financiado e desenvolvido para populações pobres. Destaca também a existência de um discurso nacional historicamente orientado sobre classe, gênero e etnia
Raça e violência obstétrica no Brasil	Comparar as características sociodemográficas de mulheres segundo cor/, com foco nas mulheres negras e analisar os tipos mais comuns de agressões a elas infringidas na assistência ao parto pelo Sistema Único de Saúde.	No estudo, foi observado os piores indicadores sociodemográficos nos grupos de pardas, negras e indígenas se comparadas as mulheres de cor/raça branca. As violências mais comuns foram a episiotomia, a manobra de Kristeller e o impedimento de um acompanhante no momento do parto. No estudo, houve um excesso de mulheres de cor parda que referiram ter sofrido toques vaginais repetitivos. Conclui-se que, muitas das intervenções usadas na rotina de um parto são desnecessárias ou mesmo prejudiciais à mulher, sendo assim, violentas.

A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde	Analisar a prática acadêmica que leva o aluno a realizar procedimentos não consentido, pelos alunos de medicina e outras profissões, para o treinamento de habilidades cirúrgicas.	A introdução do seminário foi uma reflexão sobre como as relações de gênero e demais marcadores sociais da diferença são estruturantes da assistência ao parto e dos abusos identificados.
Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives	Contribuir para a literatura sobre violência obstétrica por meio de uma análise construcionista social feminista das narrativas de nascimento de mulheres sul-africanas “marginalizadas”	A análise mostra que a violência obstétrica funciona como um modo de disciplina incorporado nas relações normativas de classe, gênero, raça e poder médico.
Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing	Análise das histórias de nascimento de mulheres negras que vivem nos Estados Unidos.	O racismo obstétrico é uma ameaça aos resultados positivos do nascimento. O estudo argumenta que as trabalhadoras de parto, incluindo parteiras e doulas, mediam o racismo obstétrico e os resultados reprodutivos estratificados.
Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica	Objetiva trazer os conceitos interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos para compreender a violência obstétrica relacionada às mulheres negras na saúde.	Os baixos recursos destinados às políticas públicas, a falta de integralidade entre o setor de saúde e os demais setores, as hierarquias de gênero, a discriminação racial, dentre tantos outros, devem ser enfrentados a partir da participação social e a valorização dos profissionais de saúde. O investimento em educação continuada e o redesenho da formação profissional, visando maior conhecimento e visibilidade das condições de vida e saúde da população negra, são urgentes para a modificação do quadro preocupante em que se insere a saúde pública brasileira.
Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic	Determinar se os maus tratos durante o parto institucional estão associados a resultados adversos em bebês e mães	O estudo revelou discrepâncias entre nossas definições de violência obstétrica e a percepção das mulheres de sofrer maus-tratos.
Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience	Analisa o perfil e a experiência de parto de 555 mulheres que visitaram a exposição SENTIDOS DO NASCER durante a gestação, com enfoque na percepção sobre violência obstétrica.	A participação na exposição <i>Sentidos do Nascer</i> aumentou o conhecimento sobre Violência Obstétrica entre as gestantes.

FONTE: A autora

5.1.6. Etapa 6: Apresentação da síntese do conhecimento produzido

Dos oito artigos selecionados chamou a atenção que o foco da análise inicial era delimitado a um aspecto da violência obstétrica, ou a análise dos meios utilizados para ensino acadêmico (DINIZ, NIY, ANDREZZO HALANA, CARVALHO, SALGADO, 2016; DAVIS 2019), ou racismo da equipe de saúde (VANIA SMITH-OKA, 2015; DAVIS 2019; ARACHU, SAVAGE, 2019) ou o relato da experiência das mulheres (LIMA, 2016; CHADWICK, 2017; ASSIS, 2018; LANSKY, SOUZA, PEIXOTO, OLIVEIRA, DINIZ, VIEIRA ET AL., 2019). Contudo, ao longo do estudo, a necessidade de justificativa do ato de violência, direcionou as conclusões de forma a extrapolar a proposta inicial trazendo temas como a necessidade de criminalização da violência obstétrica para proteção da mulher (LIMA, 2016; DAVIS, 2019) o financiamento insuficiente dos serviços de saúde, (VANIA SMITH-OKA, 2015; DAVIS, 2019), o elitismo e postura hierárquica da categoria médica sobre mulheres negras e pobres (VANIA SMITH-OKA, 2015; LIMA, 2016; DINIZ, NIY, ANDREZZO HALANA, CARVALHO, SALGADO, 2016; CHADWICK, 2017; DAVIS, 2019), o papel de enfrentamento de parteiras e doulas à violência obstétrica (5) e até mesmo críticas ao sistema econômico capitalista (LIMA, 2016; ASSIS, 2018; DAVIS, 2019).

5.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE A REVISÃO INTEGRATIVA

A revisão integrativa permitiu concluir que, de acordo com a literatura encontrada, a violência obstétrica tem maior ocorrência entre mulheres negras, sendo que nas de baixa renda as técnicas médicas obsoletas são mais praticadas. A violência obstétrica é entendida como uma manifestação da violência de gênero, exacerbada pelo desconhecimento das mulheres sobre medicina, que faz com que as mulheres por vezes não identifiquem a violência sofrida.

Outra questão relevante é a justificativa dos profissionais de hospitais públicos, que aludem que a sobrecarga de trabalho, a falta de material adequado e o dimensionamento de profissionais insuficientes, resultam em uma assistência desumanizada.

Em resposta à questão que norteou esta revisão integrativa - “Os casos de violência obstétrica, cometida por profissionais da área da saúde durante assistência às mulheres no pré-natal, parto e puerpério, ocorrem mais em mulheres negras do

que em mulheres brancas?” – Pode-se depreender que, com base nos estudos elencados, a violência obstétrica tem maior ocorrência entre mulheres negras e pobres.

Como fragilidade dos estudos apresentados, podemos apontar que a maior parte dos artigos segmentam as causas da violência obstétrica, focando ou na violência médica, ou no racismo institucional ou nas desigualdades sociais. Somente dois artigos abordam questões de gênero, raça, classe, porém não tratam em profundidade da hierarquia da equipe de saúde sobre o corpo da mulher. Faz-se necessário, portanto, realizar estudos que abordem o tema na totalidade.

Conclui-se, por fim, que para buscar a superação da violência obstétrica, segundo a revisão integrativa apresentada, são necessárias urgentes mudanças curriculares, para a formação dos profissionais da área da saúde, fundamentando a assistência à gestação, parto e puerpério em procedimentos baseados em evidência, assim como a elaboração de legislações que criminalizem a violência obstétrica e protejam a mulher neste momento de vulnerabilidade, o enfrentamento as desigualdades sociais, o combate ao racismo e a defesa da igualdade de gênero.

Em última instância, é imperativa a crítica ao modo de produção vigente, gerador da desigualdade, da exploração, e dos obstáculos ao acesso de toda a humanidade, independente de gênero, raça, cor, etnia, classe social, aos produtos e serviços que o trabalho humano tornou possível.

6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA DE CAMPO

Esta pesquisa tem caráter exploratória considerando a parte subjetiva do problema e procurando explorar a temática de modo a fornecer informações para uma investigação mais precisa (MINAYO, 2017).

Os sujeitos da amostra foram puérperas de até seis semanas, atendidas na Unidade de Saúde Mãe Curitibana da Regional de Saúde Matriz no município de Curitiba, Paraná, escolhidas de maneira aleatória. Para análise dos dados as puérperas receberam codinomes para manter sua identificação sob sigilo.

Foi utilizado o princípio de saturação da amostra, que segundo Minayo (2017), é um termo criado por Glaser e Strauss (1967) para se referirem a um momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado. Nesse sentido, a autora defende que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo.

A autora conclui que, não existe um ponto de saturação a priori definido, e nunca a quantidade de abordagens em campo pode ser uma representação burocrática e formal estabelecida em números. O que precisa prevalecer é a certeza do pesquisador de que encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões. (MINAYO, 2017)

Foram realizadas entrevistas em profundidade, seguindo um roteiro semiestruturado, com questões abertas, sendo as entrevistas gravadas, degavadas e posteriormente desgravadas.

O projeto de pesquisa seguiu os preceitos éticos segundo proposto pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Ministério da Saúde, na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR (CEP/SD) parecer nº 4.055.219 e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – SMS, Parecer nº 4.191.832.

Os dados cadastrais para realização das entrevistas foram disponibilizados pela autoridade sanitária da Unidade de Saúde Mãe Curitibana. Os protocolos de segurança e enfrentamento a pandemia de COVID-19 restringiu as consultas para garantir o isolamento social das gestantes. Com isso as entrevistas presenciais foram substituídas por entrevistas por telefone por orientação da Prefeitura Municipal de

Curitiba. O Relatório continha os dados das gestantes inscritas para acompanhamento pré-natal entre os meses de novembro de 2019 até julho de 2020.

6.1. ENTREVISTA

As entrevistas ocorreram por telefone, após a leitura e consentimento oral do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo ciência que esta informação ficaria gravada e arquivada pela autora conforme RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Foi respeitada a privacidade das entrevistadas e não houve nenhuma intercorrência durante as entrevistas.

As perguntas realizadas foram divididas em questionamentos relativos à experiência da mulher durante a assistência no Pré-natal, parto e puerpério. Dentro de cada um desses momentos havia questões norteadoras para auxílio na condução da entrevista como segue abaixo:

- 1) Como foi sua experiência com a equipe de saúde no Pré-natal?
 - a) Quantas consultas de pré-natal você realizou?
 - b) Como foi a tomada de decisão por parto normal ou cesariana?
 - c) Suas dúvidas no pré-natal foram solucionadas?
 - d) No pré-natal ocorreu alguma situação em que você se sentiu desconfortável?
Se sim, como foi?
- 2) Como foi o atendimento da equipe no momento do parto?
 - a) Você teve acesso a medidas não farmacológicas de alívio da dor como Diminuição da luminosidade, Diminuição dos ruídos sonoros; Privacidade; Aconchego; Música; Medidas físicas (banho morno de aspersão ou imersão, massagem, Bola, etc.); caminhar durante o trabalho de parto; Exercícios pélvicos.
 - b) Foi realizado tricotomia (depilação dos pelos pubianos), lavagem intestinal, medicação para acelerar o parto (ocitocina), manobra de Kristeller (profissional da saúde empurra a barriga para “ajudar” o bebê a sair) e / ou episiotomia (corte no períneo para aumentar o canal do parto)?
 - c) A posição do parto foi de sua escolha?
 - d) Foi autorizado a presença de acompanhante de sua escolha durante todo o período do internamento para o parto?

- e) Você participou e compreendeu as decisões tomadas pela equipe de saúde?
 - f) O Plano de parto que você havia decidido foi seguido?
 - g) Em algum momento do parto você se sentiu desconfortável com a equipe de saúde que estava prestando assistência? Se sim, como foi?
- 3) Nas consultas de puericultura, sua e/ou do bebê como foi sua experiência com a equipe?
- a) Você compreendeu como deve se cuidar no pós-parto e cuidar do seu bebê?
 - b) Durante esse processo de gestação/parto/puerpério aconteceu alguma situação que a incomodou ou alguma dificuldade não resolvida? Se sim, como foi?

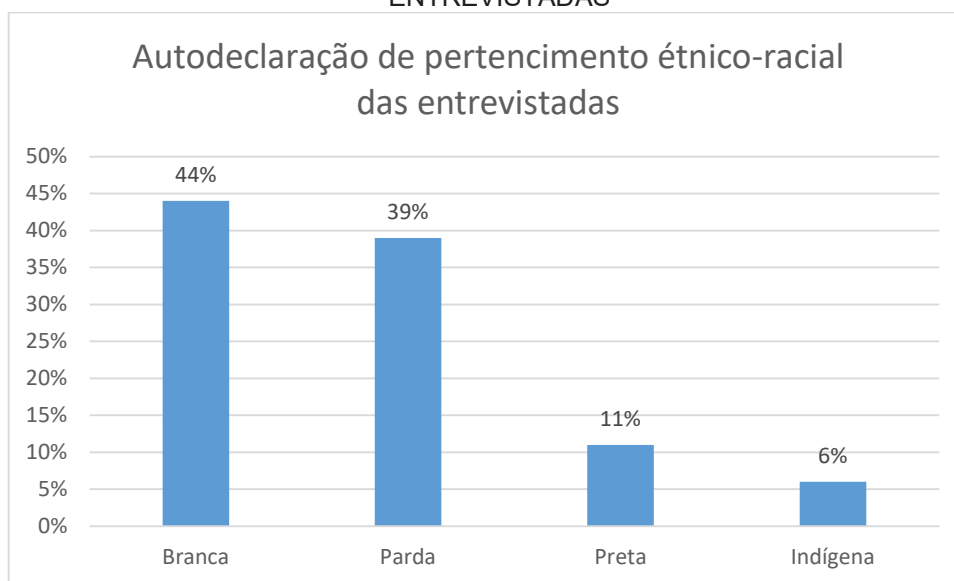
Segundo Breilh (2006), para avançar na compreensão da gênese do tema proposto, é preciso investigar os processos particulares, atinentes ao modo de vida imposto aos diversos grupos (classes ou frações de classes), que determinam suas condições singulares de existência; trata-se, portanto, de processos determinados pelos processos estruturais de reprodução social.

7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram realizadas 18 entrevistas entre janeiro e fevereiro de 2021, com data de parto das entrevistadas compreendida entre julho de 2020 a fevereiro de 2021. As mulheres estão identificadas nesta pesquisa como M1 a M18 seguido da autodeclaração de raça/cor. A entrevistada M13-Parda era imigrante e não dominava a língua portuguesa brasileira. A entrevista foi realizada com a tradução de seu esposo. A média de idade das entrevistadas foi de 32 anos variando entre 26 e 46 anos de idade. Na autoidentificação de pertencimento étnico-racial 44% se declararam brancas, 50% negras, sendo 11% pretas e 39% pardas e 6% indígena, conforme GRÁFICO 1.

Em Curitiba, 19,64% da população se autodeclara preta ou parda segundo o Censo 2010. Acreditamos que o achado aleatório de 50% de mulheres negras entrevistadas se justifica pelo dado que aponta que 67% da população negra utilizam os serviços do SUS (IBGE, 2012).

GRÁFICO 1- PERCENTUAL DE AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO-RACIAL DAS ENTREVISTADAS



FONTE: A autora

Dentre as entrevistadas apenas 28% evoluíram para parto normal, sendo que destas 50% foram induzidos com justificativas clínicas de oligodramnia¹² e pré-

¹² Diminuição do volume de líquido amniótico para uma idade gestacional definida.

eclâmpsia¹³. Os tipos de parto de acordo com a autodeclaração de pertencimento étnico-racial são apresentados no GRÁFICO 2.

Do total das entrevistadas 61% realizaram cesariana. Dentre estas 55% foram por opção da mulher em conformidade com a equipe médica e 45% foram por condições clínicas. As alterações que justificaram a cesariana foram: gravídes gemelar em apresentação pélvica¹⁴, Hipertensão Arterial Gestacional associada ou não a diabetes gestacional e bolsa rota prematura¹⁵. Das gestantes que fizeram parto cesárea por condições clínicas 18% tinham intenção inicial de realizar parto normal, porém foram convencidas que era mais seguro para si e para o bebê a cesariana.

Cabe a observação que duas das mulheres que foram categorizadas como Parto Cesária por condição clínica na entrevista informaram que foram orientadas pelo médico a realizarem a cesariana porque a pressão arterial oscilou na data da consulta do pré-natal. Ambas referiram que não possuíam histórico de alteração da pressão arterial até aquele momento, que não houve alteração durante o parto e nem após, somente na aferição do consultório.

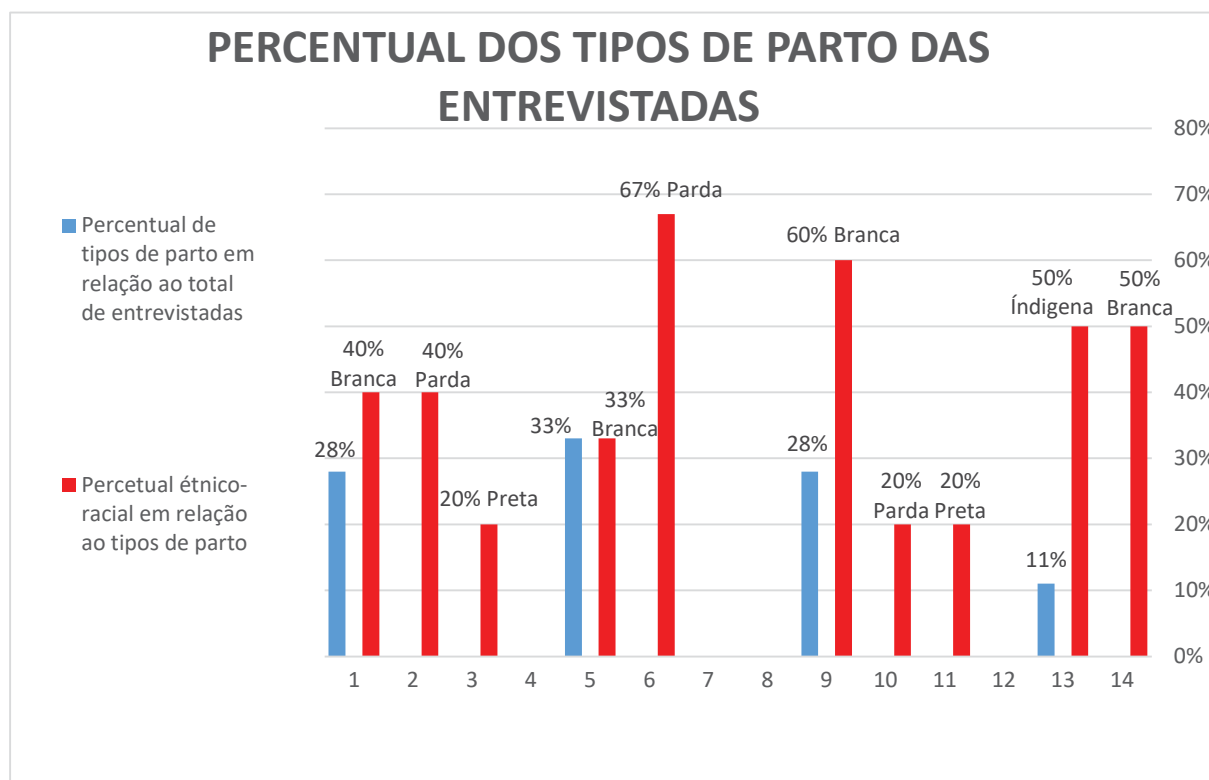
Entre as entrevistadas 11% tiveram a gestação encerrada por abortamentos.

¹³ Caracterizada pelo aumento da pressão arterial (hipertensão) e dos níveis de proteína na urina (proteinúria) a partir da 20ª semana de gestação, ela pode gerar complicações que colocam em risco a vida tanto da mamãe como a do bebê.

¹⁴ A apresentação pélvica é uma variante da posição longitudinal do feto onde o polo pélvico é o primeiro que se apresenta na bacia materna.

¹⁵ Rompimento das membranas ovulares e amnióticas antes do trabalho de parto.

GRÁFICO 2 - PERCENTUAL DOS TIPOS DE PARTO DE ACORDO COM A AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO-RACIAL DAS ENTREVISTADAS



FONTE: A autora

7.1. DADOS IDENTIFICÁVEIS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PRÉ-NATAL

Quando questionadas sobre a experiência com a equipe de saúde no Pré-natal, 27% apresentaram relatos negativos. A entrevistada M7 procurou a Unidade Básica de Saúde em uma sexta-feira com quadro de dor e sangramento. Foi orientada a agendar consulta para segunda-feira ao invés de ser encaminhada para a maternidade de referência. Esta mulher evoluiu para o abortamento

O dia que eu 'tava' com muita dor e sangramento eu fui ali na UPA (UBS) eles falaram que era pra mim voltar no outro dia, e agendaram uma consulta pra fazer, mas eles não tinham me orientado que eu poderia ir no hospital né, no hospital de referência, e daí eu acabei ficando em casa com dor porque eu não sabia, eu fui numa sexta-feira e fiquei até segunda-feira. Daí no dia que eu fui na consulta na segunda-feira eu já tinha praticamente perdido. Daí que eles disseram que eu tinha que ir no hospital de referência. Daí eles ficaram de marcar uma ecografia para ver como é que ficou e até agora nada. Isso foi em setembro. (M7 – Branca, parênteses da autora)

Outro exemplo foi de uma imigrante Síria que teve atendimento negado na Unidade de Saúde Mãe Curitibana por falta de documento

Quando chegou não podia ser atendida porque não tinha identidade, CPF. Fiz em dois dias e deu tudo certo. E aquele rapaz eu não vi mais no Mãe Curitibana (M13 - Parda)

Sobre o atendimento na unidade de saúde as entrevistadas expuseram o atraso no horário do atendimento, o excesso de etapas para atendimento e erros relacionado ao cadastro.

A Dra. fazia pouco caso de me atender, demorava a atender. Eu sempre era a primeira consulta do dia e ela demorava a me atender. Era 08h da manhã a consulta, ela me chamava as 8h40. Isso que eu era a primeira consulta dela do dia. Ficava tomando chá de cadeira sendo que eu tenho outra pequena em casa. Daí eu larguei mão. Ia nas consultas porque tinha que ir mesmo, mas vontade eu não tinha. (M17 – Parda)

Atendimento demorado e confuso. Você chega e vai na parte da frente e as pessoas te orientam em qual andar você tem que subir. Chegando no andar as meninas da recepção são todas sérias. Eu entendo que não precisa ficar sorrindo porque são milhares de pessoas que elas atendem, mas é tudo complicado. Pra tentar fazer um exame é complicado. Tem que passar por tantas enfermeiras pra depois passar pra médica. (M18-Parda)

Eu mudei para o Sabará no CIC e fiz novo cadastro. Transferei para unidade Sabará. Ali no Sabará uma enfermeira solicitou a minha Eco na época. Quando ela foi solicitar a Mãe Curitibana já tinha solicitado e lá estava escrito faltoso por falta de contato. Mas engraçado é que você conseguiu meu contato né? Eles pediram uma Eco sem entrar em contato comigo foi dado como faltoso e quando a unidade Sabará foi pedir não liberava. Eu fiquei bem chateada porque todas as minhas ecos eu tive que pagar, eu só fiz uma pelo SUS. (M18-Parda)

Sobre as dificuldades que surgiram em decorrência da pandemia de COVID-19 no atendimento em relação ao atendimento pré-natal, uma das mulheres trouxe o seguinte relato:

Fui encaminhada para acompanhar no Mackenzie por ser parto de risco. Tinha consulta lá e no Mãe Curitibana. Mas no Mãe Curitiba sempre mudavam a data por conta do COVID e praticamente nem consultei lá. Mudaram para a Ouvidor Pardinho e depois voltaram de novo, foi bem confuso. Só fui em duas consultas lá. Pela confusão do Mãe Curitibana por

conta da pandemia teve exame que eu não consegui fazer. Tive a cesárea sem fazer o Doppler (M14 – Branca)

Dentre as entrevistadas não houve menção a elaboração de um plano de parto durante o pré-natal contendo as informações de como a mulher gostaria que fosse o parto, os cuidados com o bebê, e o que ela não permite que ocorra. Mencionaram somente a definição entre parto normal e parto cesáreo como uma escolha que preserva a autonomia da mulher. Contudo o princípio bioético da autonomia não pode ser descolado do princípio da não maleficência, beneficência e justiça.

7.2.DADOS IDENTIFICÁVEIS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA INTERNAÇÃO PARA O PARTO

No momento do parto, de acordo com as entrevistas, ocorreram os maiores percentuais de relato de violência obstétrica. O relato seguinte é de uma imigrante Haitiana que tinha a percepção que os profissionais falavam em sua frente como se ela não os pudesse compreender.

Esperei de 03:20 até as 09h para fazerem minha cesárea. Muito demorado... Eles (médicos) falaram que tem alguns vasos que eles não fecharam aí eu tive hemorragia interna, fiquei lá no hospital quase 14 dias. Eu fiz medicina até o 3º ano em meu país, não terminei e vim pra cá. Cheguei aqui fiz técnico de enfermagem. O cuidado que eles estão fazendo eu sei fazer. Eles (equipe de enfermagem) diziam: ela perdeu (o acesso venoso) de novo! Por que que eu vou ficar perdendo veia toda hora? Os que descobriram que eu era técnica passaram a me tratar bem ou outro que não descobriu me tratava como se eu não sei nada. (M1-Preta, gemelar com apresentação pélvica, parênteses da autora)

Sobre cesárias sem justificativa clínica temos os seguintes relatos

Inicialmente eu queria um parto natural, sem anestesia sem nada, mas cheguei na hora e decidi que queria anestesia (M2-Parda)

Eu escolhi cesárea mesmo com as enfermeiras me informando dos riscos. (M3-Branca)

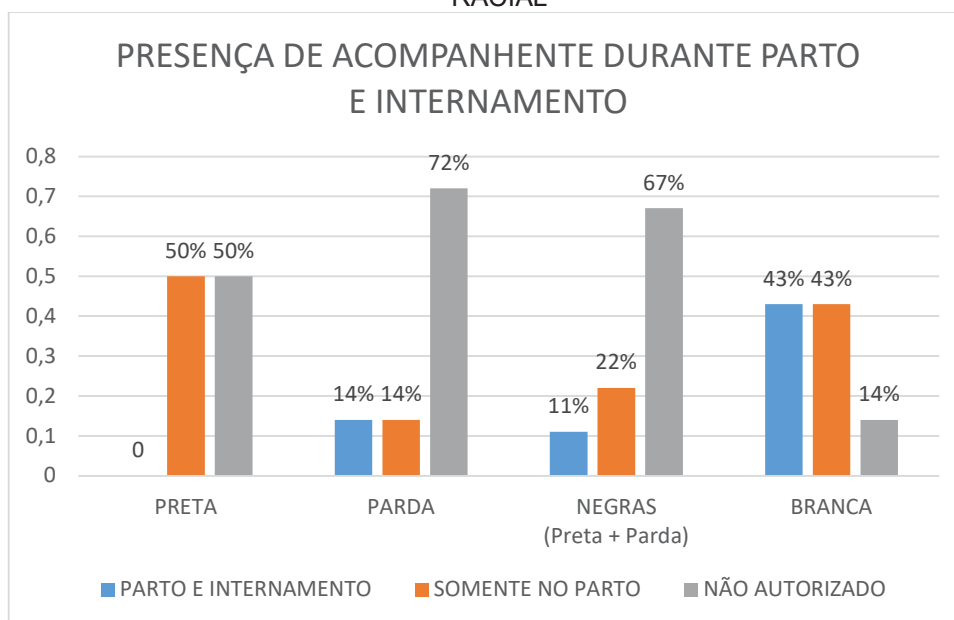
Eu escolhi cesárea e a indicação da doutora também me ajudou. Eu que escolhi. Não tinha indicação (clínica) que justificasse cesárea. (M4-Parda, parênteses da autora)

Era pra ser parto normal. Mas como ela acabou virando, com 36 semanas minha filha sentou. Eu não esperei o trabalho de parto pra ver se ela ia virar. Fiz cesárea antes no particular (M5-Branca)

A médica (da UBS) errou com ela, mandou ela pro centro cirúrgico antes do tempo. Ela ficou traumatizada. Depois disso ela ficou ainda um mês em casa e gastamos dinheiro e ela teve no Nossa Senhora de Fátima (por cesárea). (M13-Branca, parênteses da autora)

Sobre a presença de acompanhante, garantida pela Lei nº 11.108, de 7 de setembro de 2005, observou-se distinção de conduta. Entre as mulheres negras 67% não foram autorizadas a ter acompanhante de sua escolha em nenhum momento da internação para o parto. Entre as mulheres brancas 86% puderam ter acompanhante, sendo 43% somente no parto e 43% no parto e internamento (GRÁFICO 3).

GRÁFICO 3- – PERCENTUAL DE MULHERES QUE OBTIVERAM AUTORIZAÇÃO DE ACOMPANHANTES DURANTE O PARTO E INTERNAMENTO POR AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL



FONTE: A autora

Vale ressaltar que todas as mulheres tiveram o parto durante a pandemia de COVID-19 e que a parda que teve autorização para ter acompanhante durante todo o internamento era imigrante e não falava a português.

Durante o internamento algumas mulheres relataram experiências ruins com o tratamento da equipe assistencial de enfermagem.

Não estavam me atendendo bem ... Não atendiam com vontade. A veia estourou e é difícil para eles pegar veia e jogaram a culpa pra mim. (M1-Preta)

A Enfermagem estava sobrecarregada. Disseram que se a glicemia do bebê não subisse com o leite que deram teriam que intubar. Achei desnecessário por que eu já estava preocupada... A gente ficou bem apavorado, meu marido ficou pesquisando na internet e ligou para Deus e o mundo para perguntar, por que a gente não sabia. Ela poderia ter dito não com o leite e com o quentinho já vai subir e vai melhorar. (M10-Branca, parto 35 semanas com 6 horas de bolsa rota)

Eu tava com dificuldade de andar porque você fez cesárea né, dói, e eu tava com curativo e tudo mais... Eu perguntei pra enfermeira se ela podia ajudar e ela falou que não. Que eu tinha que eu tinha que tomar banho sozinha, fazer tudo sozinha. Desde o princípio ela já tratou mal a minha mãe (M18-Parda)

o hospital estava lotado e não dava para as enfermeiras darem um bom suporte pra cada uma. Cinco pacientes por quarto. Senti falta de suporte da enfermagem até porque estava sem acompanhante. Eu fiquei assustada com cinco em um quarto por causa da pandemia. E atrapalha. É muito bebê chorando, um acorda o outro (M-9 Branca)

Ainda sobre violência durante o parto, uma das mulheres relatou na entrevista como foi a experiência no parto do filho anterior para justificar o gasto em maternidade particular.

Eu optei por ganhar na maternidade particular para não ter que ganhar na maternidade que tinham me encaminhado, que era o Mater Dei. Lá eu já tive meu primeiro filho e minha experiência lá foi péssima, horrível. No meu primeiro eu fiz a visita e disseram que era um hospital amigo da criança. Que tinha bola, massagador, que era só pedir. Eu pedi as coisas disseram que nunca tinha 'aí não tem, não tem, não dá'. Não me arranjaram nada pro meu parto natural. As enfermeiras estavam só num canto conversando né, tipo e eu ali morrendo de dor com o pai do meu filho do meu lado e com dor. Deram só 10 minutos de chuveiro, 10 ou 20, alguma coisa assim, daí já tinha que sair. Mesmo que só tinha eu lá na salinha de pré-parto. Não podia ficar mais tempo no chuveiro, era só aquele tempo delas e pronto acabou. E daí como era meu primeiro filho, o bebê pra nascer eu não sabia diferenciar contração, a hora que eu tinha que fazer força, a enfermeira tava fazendo força na minha barriga também, dizia 'Ah pode fazer força aí', a enfermeira estava me

ajudando a empurrar a minha barriga para o bebê nascer. Eu não tive a opção de escolher a posição que eu queria me deitaram numa maca, tipo, eu ganhei deitada o neném e eu não queria, mas era coisa do hospital e o único jeito que dava pra ganhar me deitaram na maca e puseram minhas pernas naquele, como é que é o nome daquilo? Com as pernas pro ar. Daí acabou fazendo, daí é que tá, não sei se foi laceração o se o médico acabou fazendo episiotomia sem a minha autorização. Porque na minha carteirinha tem a pergunta se teve episiotomia e foi marcado que não. E foi uma coisa que fiquei sem saber se aconteceu ou não. Daí a minha segunda filha eu ganhei no Bairro Novo e o terceiro agora era pra ser no Bairro Novo. Mas como por causa da pandemia fecharam o Bairro Novo né, pra atender outros casos, me colocaram no Mater Dei de novo. Aí eu falei não quero! Não quero. Dei um jeito e fui pro particular. (M17-Parda)

Das entrevistadas somente 11% relataram saber da possibilidade de escolher a posição do parto. As demais foram todas conduzidas para posição de litotomia¹⁶ sem opção de escolha. Entre as mulheres que optaram por cesárea no momento do parto devido a dor, à nenhuma delas foi ofertado medidas não farmacológicas para alívio algico.

7.3.DADOS IDENTIFICÁVEIS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO

Quando questionadas sobre suas experiências nas consultas de retorno após o parto ou abortamento também houve relatos negativos. Tanto pelo atendimento dos profissionais como pela demora na realização dos exames daquelas que tiveram complicações.

Como eu tive hemorragia interna eu fiz cirurgia de novo antes de sair do hospital... Eu tô com dor na barriga ... Eu tô na fila para fazer a ecografia para ver meu útero e saber o que está acontecendo. Eu não consigo fazer cocô até hoje sem chorar de dor. Desde dia 05/10/20 (M1-Preta, gemelar com apresentação pélvica)

eu voltei lá na quarta de noite para ver se tava inflamado (pontos da cesárea), sentia muita dor e com dificuldade de amamentar. Cheguei lá falei com uma médica, de noite, tava mal-humorada. Muito seca. Ela queria que eu deitasse na maca. Eu não conseguia deitar pelo fato que tava doendo, não conseguia me esticar. Daí ela viu eu de pé. A hora que ela foi olhar meus pontos ela puxou o último ponto. Não tava doendo meus pontos, tava saindo só secreção e doendo para andar. Não tava doendo onde tava os nozinhos. Ela foi lá com

¹⁶ Posição ginecológica (ou de litotomia) É utilizada para o acesso aos órgãos pélvicos e genitais. A paciente é colocada em posição dorsal; a seção dos pés da mesa cirúrgica é abaixada completamente, e os membros inferiores são elevados e abduzidos em pernas metálicas, para haver exposição da região perineal.

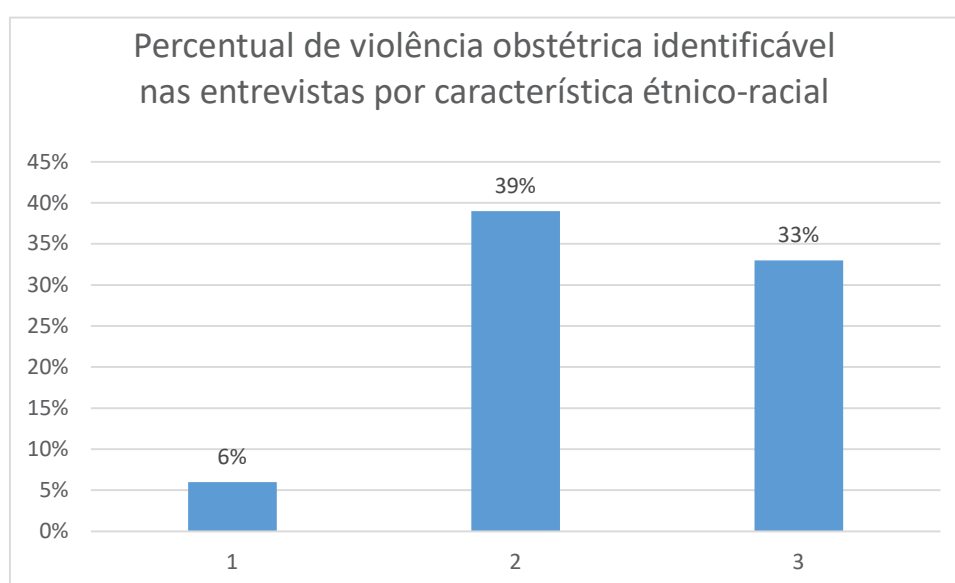
a luva e puxou um ponto. Achou que era um pelinho. Eu chorei tanto. Cara, tá dolorido e ela puxa... Parecia que ela tava desfazendo do caso assim sabe, mais uma inflamada, tipo assim sabe? nossa fiquei bem chateada (M18 – Parda)

Eu pedi pra médica para ver, por que essa é a segunda que eu tive, A segunda vez e é a mesma coisa, mesmo procedimento, aí eu falei pra ela se tinha como marcar com um especialista pra ver se fazem alguma investigação pra ver por que né, e até agora não tive retorno nenhum (M7-Branca, abortamento)

7.4. RESUMO DOS DADOS ENCONTRADOS

Neste estudo evidenciamos, conforme apresentado no GRÁFICO 4, que as mulheres negras sofrem mais violência obstétrica do que as mulheres brancas. Das mulheres entrevistadas que relataram situações que identificamos como Violência Obstétrica, 45% eram negras e 33% brancas.

GRÁFICO 4 – PERCENTUAL DE MULHERES QUE RELATARAM SITUAÇÕES IDENTIFICÁVEIS COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SEGUNDO AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL



FONTE: A autora

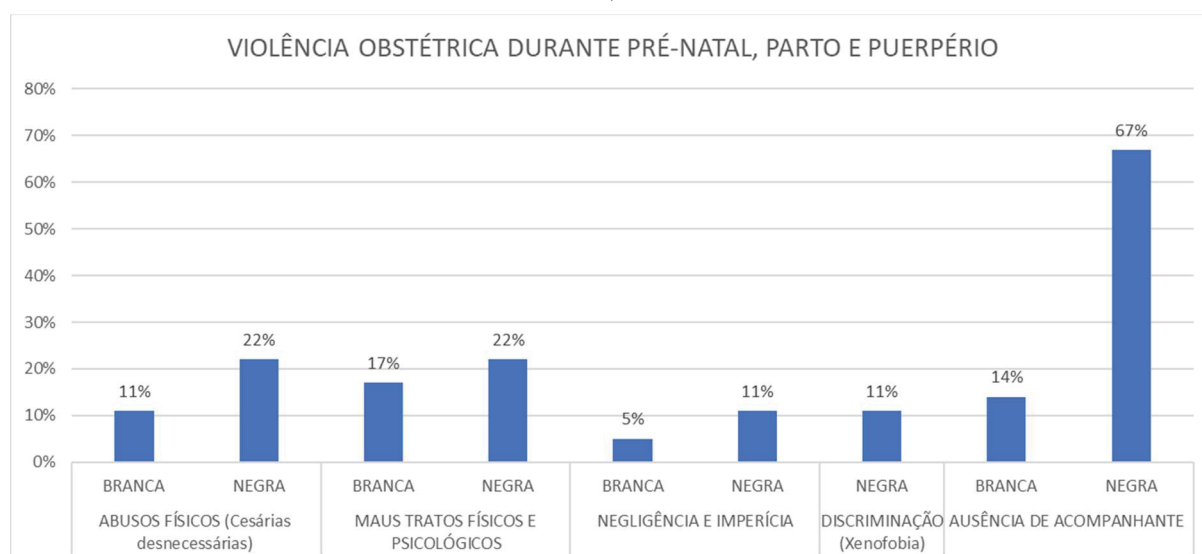
Utilizando a conceituação do documento no documento *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud* (OMS 2014) podemos identificar nas entrevistas as seguintes situações de Violência Obstétrica:

- Abusos físicos através de Cesárias desnecessárias;
- Maus tratos físicos ao negar alívio da dor de formas não farmacológicas e ao negar a opção da posição do parto;
- Maus tratos psicológicos através de humilhação verbal com comentários ofensivos durante a assistência;
- Imperícia e Negligência ao negar atendimento em emergência exigindo marcação de consulta e não informando sobre possibilidade de buscar atendimento em maternidade de referência, erros no procedimento cirúrgico, cálculo equivocado da idade gestacional, demora excessiva na marcação de consultas e exames tanto no pré-natal, ocorrendo partos de alto risco sem exames laboratoriais e de imagem, como no pós-parto com intercorrências ou situações de abortamento;
- Discriminação por fatores étnico-raciais e nacionalidade questionando hábitos culturais e limitação com o idioma; e por fim,
- Tratamento discriminatório na definição de quais gestantes poderiam ter a presença do acompanhante no internamento para o parto.

Nenhuma das mulheres entrevistadas utilizou o termo violência obstétrica em seus relatos. Justificaram as situações ocorridas como mal humor, ignorância, desdém, desinteresse, dia ruim ou sobrecarga de trabalho dos profissionais da equipe de saúde.

De acordo com Viellas et. Al. (2014) o Brasil evidencia maiores percentuais de violência obstétrica entre mulheres negras (pretas e pardas) nas maternidades brasileiras. No GRÁFICO 5 apresentamos que esta violência ocorre não somente nas maternidades, mas em todas as fases do ciclo gestacional, ou seja, no pré-natal, parto e puerpério e em todas as fases quem mais sofre violência obstétrica são as mulheres negras.

GRÁFICO 5 – VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA IDENTIFICADA NAS ENTREVISTAS OCORRIDAS DURANTE PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO



FONTE: A autora

A cesárea foi apresentada como opção facultativa de parto, mesmo sem justificativa clínica, desde as primeiras consultas do pré-natal. Mesmo as que foram orientadas sobre os riscos e a desnecessidade do método puderam escolher livremente pelo procedimento cirúrgico. Alguns profissionais convenceram as mulheres a realizarem parto cesáreo devido a oscilação da pressão arterial em uma única medição. Para algumas mulheres primíparas a cesariana foi ofertada diante da manifestação de dor nos primeiros centímetros de dilatação.

Chamou a atenção que 86% das mulheres brancas puderam ter acompanhante em algum momento, no parto ou no parto e internamento, enquanto o mesmo aconteceu somente para 33% das mulheres negras. Para as que tiveram o acompanhante negado a justificativa utilizada pelos serviços de saúde foram os protocolos de segurança em relação a não disseminação da pandemia de COVID-19.

Não podemos deixar de ressaltar o relato da entrevistada M17-Parda sobre experiências anteriores de parto. Apesar de não podermos incluir nos dados nesta pesquisa visto que um dos critérios de exclusão é data do parto até seis meses antes da entrevista, seu depoimento traz grande contribuição ao tema. Em seu parto anterior foi negado medidas não farmacológicas de alívio da dor, foi negado o pedido mudança da posição do parto, foi realizado episiotomia não consentida e utilizada a manobra de Kristeller.

8. A DIALÉTICA DO ESTRUTURAL, PARTICULAR E SINGULAR

Lavoura, (2018) apresenta que Hegel concebia a filosofia como a mais alta e complexa forma de desenvolvimento do ser, e foi por meio dela e do desenvolvimento das categorias lógicas que Hegel buscou compreender e explicar os diferentes graus de desenvolvimento do ser. Criticando vivamente a filosofia kantiana e suas tendências subjetivistas do desenvolvimento das categorias lógicas, Hegel, sob as bases do idealismo objetivo, deu forma lógica à dialética do singular, do universal e do particular enquanto processos de desenvolvimento daquilo que denominou de espírito absoluto (HEGEL, 1995).

Entretanto, Marx já tinha percebido que havia em Hegel uma generalização mistificadora, fruto de seu idealismo filosófico. Segundo Lavoura (2018) para Marx as categorias lógicas não são formas primárias que de algum modo são aplicadas à realidade, mas sim, reflexos de situações objetivas na natureza e na sociedade, que devem ser confirmadas na práxis humana a fim de se tornarem, por meio do processo de abstração do pensamento, categorias lógicas que, todavia, jamais devem perder contato com a realidade objetiva.

Para Lavoura (2018) foi desse modo que Marx operou a análise, por exemplo, da categoria trabalho. O trabalho em sua teoria social é condição essencial, universal, da existência humana. Trabalho esse que é realizado por indivíduos singulares e em determinadas condições particulares (condições que são históricas). A universalidade do trabalho pressupõe, portanto, o próprio desenvolvimento histórico-social¹⁷, qual seja, uma totalidade bem desenvolvida de trabalhos singulares que podem agora ser apreendidos em seus traços universais e diferenciados em formas históricas particulares (MARX, 2011).

Para todos os efeitos, é na célebre Introdução de 1857, antes de se debruçar sobre O método da economia política, que Marx (2011) confere destacada atenção às categorias do singular, do particular e do universal, ao analisar a relação geral entre produção, distribuição, troca e consumo. A produção constitui a universalidade; a distribuição e a troca a particularidade; o consumo a singularidade, sendo, todos esses, elementos unificados em uma totalidade: a produção material da vida social (LAVOURA, 2018).

¹⁷ Vale lembrar que as categorias são, para Marx, categorias ontológicas, da ordem do ser na realidade.

Visto a maneira como Marx correlaciona a dialética do singular, particular e estrutural em seu método de análise sobre a sociedade burguesa, vejamos como tais categorias podem contribuir para o entendimento da determinação da violência obstétrica considerando a influência da cor da pele.

8.1.DIMENSÃO ESTRUTURAL: SOCIEDADE BRASILEIRA – CAPITALISTA, RACISTA E PATRIARCAL

Lukács (1967) propõe que, para uma autêntica e verdadeira aproximação e compreensão da realidade, devem ser explicitados os nexos existentes entre as dimensões singular, particular e universal dos fenômenos. Dessa proposição resulta que a decodificação da relação dialética entre singular-particular-estrutural configura um dos princípios requeridos à implementação do método materialista histórico-dialético, tendo em vista a apreensão dos fenômenos para além de sua aparência imediata em direção à essencialidade concreta (LAVOURA, 2018)

Na dimensão singular, as entrevistas revelaram que a violência obstétrica ocorre com maior frequência em mulheres negras. Ao analisarmos, em particular, a condição de vida das mulheres negras no Brasil vimos que são elas as que mais sofrem o impacto das desigualdades sociais e estão submetidas a múltiplas opressões imbricadas. Portanto, para compreendermos a determinação da violência obstétrica no SUS influenciada pela cor da pele, precisamos compreender os mecanismos de sustentação do racismo, patriarcado e da exploração de classe.

No sistema escravagista o trabalho, segundo Batista e Mastrodi (2018), impunha a objetificação dos negros e o uso da violência física para manutenção da ordem econômica e social. A sociedade escravagista era estruturada a partir dessa desigualdade fundamental: importava que os negros fossem identificados como objetos para que o sistema funcionasse. Por outro lado, no sistema capitalista, importa a existência de um mercado consumidor das mercadorias produzidas, e importa, antes disso, que a produção seja realizada a partir do trabalho em escala industrial, mediante pagamento de salário em contrapartida à força de trabalho vendida pelo operário.

No capitalismo, o industrial não é e nem precisa ser proprietário do trabalhador. Para Batista e Mastrodini (2018), em termos racionais e de eficiência econômica, com o fim do sistema escravagista, e no âmbito do modo de produção

capitalista, a hora de trabalho será (mal) paga de qualquer maneira, seja o empregado branco ou negro, homem ou mulher. No entanto, houve dominação racial no final do século XIX, houve discriminação racial durante todo o século XX e ainda hoje se mantêm relações racistas na sociedade brasileira (REITES, 2004: 117-118). Ou seja, o sistema econômico se aproveitou do sistema social racista para negociar a força de trabalho do negro como uma mercadoria ainda mais barata que a força de trabalho do branco.

O sistema capitalista explora ao máximo o trabalhador. A manutenção de sistemas opressores e discriminatórios, que permitam que determinados grupos possam ser ainda mais explorados que outros é benéfico para o capital. Esta situação explica a sustentação de diferentes tipos de discriminação como a LGBTQIA+fobia, intolerâncias religiosas, machismo e racismo.

O Brasil foi a última nação ocidental a abolir a escravização de negros e negras. Ao fazê-lo, nem proporcionou seu retorno às suas terras ancestrais, nem criou leis que garantissem à população negra uma inserção digna na sociedade, ao contrário, inicialmente apostou na criminalização da cultura e religiosidade afro-brasileira e na sequência, vendo não ser exequível o extermínio, popularizou obras, políticas e instituições que disseminassem a ideia de um país mestiço com convívio harmonioso entre as diferentes raças como forma de controle para manter a hegemonia.

Dessa maneira, o racismo estrutural foi sendo construído como processo histórico, sob o mito da democracia racial na qual, de um lado, o povo negro era relegado à marginalização, subalternização, epistemicídio¹⁸ e destituição material e simbólica de seus bens sociais e, de outro lado, a branquitude com seus pactos narcísicos imersos em um sistema de privilégios naturalizado, assumidos como regra.

Almeida (2015, p. 761), presidente da fundação Luiz Gama, argumentou que há discriminação contra os negros e que ela está atrelada à desigualdade de renda, afirmando que “o racismo se conecta à subsunção real do trabalho ao capital, uma vez que a identidade será definida segundo os padrões de funcionamento da produção capitalista”. Contudo, assim como o patriarcado, o racismo não nasceu com o capitalismo. Este apenas se aproveitou de uma violência originada na estrutura do

¹⁸ Epistemicídio é um termo criado pelo sociólogo e estudioso das epistemologias do Sul Global, Boaventura de Sousa Santos, para explicar o processo de invisibilização e ocultação das contribuições culturais e sociais não assimiladas pelo 'saber' ocidental.

modo de produção anterior (escravagista) como uma de suas formas de dominação social. O racismo encontrou solo fértil no capitalismo para se desenvolver na forma de violência cultural, que retroalimenta as formas de dominação racial (BATISTA; MASTRODINI, 2018).

De acordo com Souza (2015) se não houvesse o patriarcado, o capitalismo precisaria desenvolver novas formas de dominação para escolher quem iria para a fábrica, quem ficaria em casa e quem se responsabilizaria pelas tarefas da produção ou da reprodução. Além das dificuldades inerentes a essa possível nova forma, haveria sempre o risco de suscitar objeções de toda ordem. Entretanto, nada disso se fez necessário, dada a existência e solidez do patriarcado, internalizado e legitimado por homens e mulheres. O patriarcado precede o modo de produção capitalista, e nele assume formas singulares de existência.

Para Albuquerque e Silva (2014), é imperativo entendermos as relações sociais historicamente dadas que estão a determinar as condições de existência, sob determinado modo de produção.

Considerando então que o patriarcado é um sistema social baseado em uma cultura, estruturas e relações que favorecem os homens, no sistema capitalista através da divisão sexual do trabalho¹⁹; considerando que o racismo no Brasil inferioriza em todos os aspectos da vida a população negra; considerando que o capitalismo se apropria destes sistemas para sustentar a exploração da força de trabalho para obtenção de mais valia; considerando, por fim, que estes sistemas se retroalimentam, podemos depreender que, de forma particular, as mulheres negras, nesta sociedade, ocupam a posição de maior vulnerabilidade visto a intersecção de sistemas opressores na qual estão submetidas, e que estas opressões de forma singular se expressam, dentre muitas outras formas, na violência obstétrica, objeto deste estudo.

Souza (2015) traz a reflexão de que se o fim do capitalismo não conduz ao do racismo e do patriarcado, o fim do racismo e do patriarcado tem como condição necessária, mas não suficiente, o fim do capitalismo. A autora questiona: “Como é possível falar em protagonismo de gênero, se protagonismo significa ser sujeito e no capitalismo só o capital é sujeito?” Pois, como nos ensina Marx, “[...] na sociedade

¹⁹ A divisão sexual do trabalho refere-se à atribuição de tarefas diferentes ou responsabilidades diferentes a homens ou mulheres pelo único motivo de seu sexo biológico.

burguesa, o capital é autônomo e pessoal, ao passo que o indivíduo que trabalha é dependente e impessoal” (MARX, 1998, p. 23).

Por fim, para completar a análise, é preciso ter em mente que o sistema econômico capitalista sequestra o racismo e o machismo como categorias necessárias para manutenção da exploração para obtenção da mais valia²⁰. Com isso as opressões seguem em um ciclo constante de retroalimentação. Para atuar sob o fenômeno singular e interromper a violação a que as mulheres negras estão submetidas é preciso superar a estrutura que sustenta esta condição.

8.2. DIMENSÃO PARTICULAR: MULHERES NEGRAS NO BRASIL

Segundo Lukács (1967), o particular representa, para Marx, a expressão lógica da categoria de mediação entre o específico (singular) e o geral (estrutural), que, conforme exposto, não podem ser compreendidos de modo isolado e por si mesmos. Podemos dizer que o particular expressa a universalidade e condiciona o modo de ser da singularidade (LAVOURA, 2018). Portanto, para compreender a violência obstétrica considerando a influência da cor da pele, analisaremos como particularidade a construção das condições de existência, ou seja, o modo de vida das mulheres negras no Brasil.

Após a abolição da escravatura, a Proclamação da República no Brasil, em 1889, trouxe junto uma nova constituição que, apesar de garantir a liberdade da população negra, não assegurou seus direitos, de forma a não oferecer reais ganhos materiais ou simbólicos a essa parcela da população, mantendo, assim, o status quo da branquitude e a marginalização do povo negro. (BERNANDINO, 2002)

Na Constituição Brasileira não houve segregação dos direitos civis a partir da cor da pele - diferentemente do ocorrido nos Estados Unidos e África do Sul, com os princípios legais separatistas chamados, respectivamente, *Jiw Crow Laws*²¹ e *Apartheid*.²² Com isso, de acordo com Lopez (2012), criou-se a ideia de que os

²⁰ Mais-valia é o termo empregado por Karl Marx à diferença entre o valor final da mercadoria produzida e a soma do valor dos meios de produção e do valor do trabalho que é a base do lucro no sistema capitalista.

²¹ As leis de Jim Crow (em inglês, Jim Crow laws) foram leis estaduais e locais que impunham a segregação racial no sul dos Estados Unidos. Todas essas leis foram promulgadas no final do século XIX e início do século XX pelas legislaturas estaduais dominadas pelos Democratas após o período da Reconstrução.

conflitos raciais brasileiros foram resolvidos de forma pacífica e, portanto, que o problema do racismo do Brasil teria se solucionado, o que entendemos por mito da democracia racial.²³

Como consequência da construção do mito da democracia racial, Oliveira e Kubiack (2019) argumentam que qualquer tentativa de se falar em negritude ou políticas sociais para negros é vista como uma maneira de segregar a identidade racial do Brasil, o que dificulta ainda mais o combate ao racismo. Por isso, ainda que o racismo se manifeste de diversas formas na sociedade e, apesar de suas formas mais explícitas serem proibidas por lei, a prática de racialização permanece na estrutura social moldando o comportamento dos indivíduos, como, por exemplo, a forma diferenciada pela qual as instituições tratam os sujeitos.

Na sociedade brasileira, podemos destacar o fato de o racismo estabelecer relação direta com o patriarcado de modo que

A história da colonização e a da escravidão no Brasil determinaram uma dinâmica particular para a formação das classes sociais no país. Aqui, não podemos falar em escravismo sem patriarcado e patriarcado sem escravismo, na singularidade de um país que sofreu uma colonização estruturada por um regime escravista patriarcal (CISNE; SANTOS, 2018, p.101).

Tratando-se da realidade da mulher negra brasileira, à conexão entre negritude, sexismo e o debate de classes denuncia a desigual realidade que se destina às mulheres negras. Gonzales (1982, p.97) afirma que “ser negra e mulher no Brasil, é ser objeto de tripla discriminação, uma vez que os estereótipos gerados pelo racismo e pelo sexismo a colocam no mais baixo nível de opressão”.

Na pirâmide social as mulheres negras ocupam historicamente as piores posições e são vistas como subalternas. De acordo com Passos (2018, p.102)

É importante destacar como esse fenômeno da submissão e desigualdade entre as mulheres é reatualizado na realidade brasileira. Cabe recordar que nos primeiros anos da industrialização, no início do século XX, as mulheres negras (as ex-escravizadas) foram trabalhar para as famílias das camadas

²² Apartheid foi um regime de segregação racial implementado na África do Sul em 1948 pelo pastor protestante Daniel François Malan — então primeiro-ministro —, e adotado até 1994 pelos sucessivos governos do Partido Nacional, no qual os direitos da maioria dos habitantes foram cerceados pela minoria branca no poder.

²³ Democracia racial é um conceito que nega a existência do racismo no Brasil. Para saber mais sugiro a leitura de Movimento negro e "democracia racial" no Brasil: entrevistas com lideranças do movimento negro, de autoria de Verena Alberti e Amílcar Araujo Pereira.

altas, dedicando-se à prestação de serviços domésticos. Já as mulheres das camadas altas poderiam optarem por serem professoras, enfermeiras etc. e as mulheres pobres direcionavam-se para as indústrias. Assim é necessário atentarmos para os processos sócio-históricos que permeiam a divisão sociosexual e racial do trabalho e reafirmam a desigualdade, a submissão e a “exploração” das mulheres em relação aos homens e em relação a elas mesmas, principalmente no caso brasileiro.

Afirmam Oliveira e Kubiack (2019) que as mulheres negras, no Brasil, constituem o contingente populacional que sente com mais força o resultado das estratégias de sustentação das desigualdades sistêmicas. Diante dessa constatação, torna-se evidente a forma pela qual a imagem das mulheres negras tem sido construída no território brasileiro, forjada na subserviência, na invisibilidade, nos trabalhos mais precários, na objetificação de seus corpos, suas vidas e histórias.

Nós mulheres negras fazemos parte de um contingente de mulheres [...] que nunca fomos tratadas como frágeis [...] que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas, como vendedoras, quituteiras, prostitutas... Mulheres que não entenderam nada quando as feministas disseram que as mulheres deveriam ganhar as ruas e trabalhar! Fazemos parte de um contingente de mulheres com identidade de objeto. Ontem, a serviço de frágeis sinhazinhas e de senhores de engenho tarados. Hoje, empregadas domésticas de mulheres liberadas e dondocas, ou de mulatas tipo exportação (CARNEIRO, 2003, p. 53).

Cabe ressaltar que a organização das mulheres negras em movimentos sociais auto-organizados, tem importante papel na luta pela promoção da igualdade e combate ao racismo com vistas na construção de um novo modelo de sociedade. A interseccionalidade defendida pelo feminismo negro visa a superação de todas as formas de opressão e, com isso, a igualdade como meta não atingiria somente as mulheres negras, mas toda a sociedade, rompendo com os sistemas de opressão.

8.3. DIMENSÃO SINGULAR: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA AS MULHERES NEGRAS

Quando entramos em contato com um fenômeno empírico, trata-se de uma ocorrência singular, única e irrepetível. Como destaca Lukács (1967, p. 203) “É óbvio que em nossas relações diretas com a realidade tropeçaremos sempre diretamente com a singularidade”. Neste estudo, o fenômeno caracterizado como singular, ou seja,

a realidade imediata a ser analisada, são os casos de violência obstétrica encontrados através deste estudo.

Dentre as mulheres entrevistadas nesta pesquisa, 78% apresentaram relatos identificáveis como violência obstétrica. Os dados são alarmantes. Considerando somente as negras entrevistadas, 89% destas mulheres sofreram algum tipo de violência obstétrica. Entre as não negras este número cai para 66%, o que ainda é um valor alto. Este achado confirma a hipótese investigada, de que a violência obstétrica, corroborando com os dados nacionais e internacionais, ocorre com maior frequência com mulheres negras em Curitiba. Cabe ressaltar que o valor total de mulheres atingidas demonstra a necessidade urgente de ação para coibir tal fenômeno.

O resultado encontrado corrobora com Viellas et. Al. (2014) que evidenciam em seu estudo maiores percentuais de violência obstétrica entre mulheres negras nas maternidades brasileiras; com Lima (2016) que denuncia a presença do racismo institucional nos serviços de saúde, devido às mulheres negras continuarem com os piores índices de atendimento e sendo as maiores vítimas de violências obstétricas e; com Kalckmann et al. (2007), ao afirmarem que o racismo institucional atua em todos os âmbitos da saúde, ofertando à população negra as piores condições de atendimento, dificultando seu acesso a instituições e interferindo nas relações profissionais.

A partir dos relatos coletados, pudemos identificar a prática de abusos físicos, maus tratos físicos e psicológicos, imperícia e negligência, discriminação por fatores étnico-raciais e nacionalidade e, por fim, tratamento discriminatório na definição de quais gestantes poderiam ter a presença do acompanhante no internamento para o parto. Em todas as situações as mulheres negras foram as maiores vítimas.

Na revisão integrativa, anteriormente apresentada, a violência obstétrica é entendida como uma manifestação da violência de gênero, exacerbada pelo desconhecimento das mulheres sobre medicina, o que faz com que as mulheres, por vezes, não identifiquem a violência sofrida. Os profissionais da saúde de hospitais públicos aludiram a assistência desumanizada à sobrecarga de trabalho, falta de condições de trabalho e ao dimensionamento insuficiente de profissionais.

Essas justificativas imediatas não nos trazem resposta ao que determina a violência obstétrica, tão somente desenha o resultado capilarizado de uma estrutura que captura a autonomia e viola os corpos das mulheres e ainda mais o das mulheres negras. A singularidade do fenômeno precisa ser analisada dentro da totalidade.

9. CONCLUSÃO

Para compreensão da determinação da violência obstétrica influenciada pela cor da pele, objeto desta dissertação, devemos analisar em particular o modo de vida das mulheres negras no Brasil e a compreensão dos impactos que o modo de produção capitalista, somado ao racismo e o patriarcado, exerce sobre as mulheres negras. É imprescindível a análise da intersecção de opressões como elementos de uma totalidade que determina as vivências singulares das mulheres negras nesta sociedade de classes.

Por aproximadamente 350 anos o Brasil violou os direitos humanos da população negra mantendo legalmente o regime de escravização. No pós-abolição, o sistema econômico sustentou o racismo garantindo para o capitalista a ‘vantagem’ de ter à sua disposição uma força de trabalho ainda mais barata que a do trabalhador branco. Com isso, a população negra seguiu refém das desigualdades socioeconômicas impostas pelo novo regime. Afinal, segundo Smith (1950 [1776]), “o capitalismo não tem como propósito extinguir as relações de dependência social e econômica visto que a desigualdade é natural em uma sociedade comercial”.

O Brasil se eximiu da reparação do saqueio imposto ao povo negro trazido da África. Não oportunizou o retorno dos negros e negras da Diáspora para a nação ancestral e não garantiu a cidadania plena. Abandonou os afro-brasileiros à própria sorte no pós-abolição, sem qualquer amparo, criando, assim, uma população marginalizada que precisou resistir para garantir sua sobrevivência, submetendo-se às piores condições de trabalho e de vida.

No caso da violência obstétrica às mulheres negras, podemos somar ao racismo e à exploração de classe, a opressão sexista. As mulheres, por vezes, perdem a autonomia sobre seu corpo, capturada pela equipe de saúde, em razão da transformação de um processo natural em procedimento hospitalar médico-centrado.

O avanço do capitalismo sobre o setor saúde, somado à confiança depositada na equipe, faz com que as violências muitas vezes não sejam percebidas pelas mulheres, principalmente no que se refere a técnicas e procedimentos obsoletos ou desnecessários realizados pelos profissionais.

Os dados encontrados nesta pesquisa revelaram que 78% das entrevistadas sofreram algum tipo de violência obstétrica. Isso demonstra como o corpo das mulheres é desvalorizado em uma sociedade que a violenta e não implementa

mecanismos de proteção, visto que sequer reconhece a violência obstétrica como crime.

A partir dos relatos coletados, pudemos identificar a prática de abusos físicos, maus tratos físicos e psicológicos; imperícia e negligência; discriminação por fatores étnico-raciais e nacionalidade e, por fim, tratamento discriminatório na definição de quais gestantes poderiam ter a presença do acompanhante no internamento para o parto.

Esses acontecimentos foram justificados pelas mulheres entrevistadas como situações desconfortáveis, como decorrentes de supostos problemas individuais dos profissionais da saúde e os procedimentos desnecessários como excesso de zelo. As mulheres deste estudo não mencionaram nas entrevistas o termo 'violência obstétrica' ou algum correlato que identifique a situação a que foram expostas como uma violência institucional causada em razão de gênero, raça ou classe. Isso demonstra a necessidade de educação em saúde que propague, em especial entre as mulheres, o que são boas práticas na assistência ao ciclo gravídico puerperal e o que é violência obstétrica.

De acordo com a Lei Federal nº 11.108/2005, a gestante possui direito a um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto e pós-parto imediato. Entretanto, a situação excepcional de pandemia causada pelo COVID-19 levou à criação de novos protocolos institucionais para minimizar o contágio. Identificamos, porém, que o critério utilizado não foi o mesmo para mulheres brancas e negras. Podemos identificar um viés racial implícito na decisão de quem poderia ter o direito a acompanhante garantido. A pandemia foi utilizada como mais uma justificativa para ações discriminatórias.

De forma singular, identificamos neste estudo que, considerando somente as negras entrevistadas, 89% destas mulheres sofreram algum tipo de violência obstétrica. Entre as não negras este número cai para 66%, o que, apesar de ser inferior, ainda é um dado considerável. Dito de outra forma somente 11% dentre o grupo das mulheres negras e 34% dentre o grupo das mulheres não negras tiveram uma gestação livre de violência.

Ao analisar particularmente as mulheres negras no Brasil identificamos que são elas as mais expostas às vulnerabilidades socioeconômicas. Isso se explica por uma estrutura de sociedade baseada em um modo de produção que se vale das diferenças e explora ainda mais as mulheres e a população negra, colocando as

mulheres negras nos piores indicadores sociais ao garantir a manutenção do patriarcado e do racismo.

De forma imediata, como medida para garantir que a mulher tenha sua vontade respeitada no ciclo gravídico-puerperal, ressaltamos a importância da construção de um plano de parto. Para isto, o pré-natal, além de acompanhar a condição de saúde do binômio mãe-bebê, deve cumprir a função de educação em saúde e informar a gestante sobre as possibilidades de parto e as decisões a serem tomadas em possíveis situações de complicação.

A autonomia sobre o próprio corpo deve ser sustentada através do conhecimento compartilhado pelos profissionais da saúde com a mulher, estabelecendo confiança e parceria entre a equipe de saúde e a gestante e não hierarquia entre as partes. Isto atua na dimensão singular do fenômeno, porém não é suficiente para a superação da violência obstétrica.

Se faz urgente a aprovação de Lei Federal com finalidade de erradicar a violência obstétrica e que respeite os direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres. A gestação deve ser entendida como um processo natural e a autonomia da mulher sobre o próprio corpo deve ser incentivada e fortalecida com compartilhamento de informações dos profissionais envolvidos para sustentação das decisões da mulher em seu plano de parto. Esta legislação precisa reconhecer a violência obstétrica como o resultado de múltiplos processos sociais, sistemas de opressão e relações de poder e que pode ocorrer desde o pré-natal até o puerpério e não somente no momento do parto.

O reconhecimento oficial da existência desta forma de violência e que ela ocorre de formas mais impactantes de acordo com a cor da pele é o primeiro passo para o enfrentamento da violência e do racismo obstétrico no sistema de saúde.

É essencial aprofundar estudos que abordem todos os campos de análise e, portanto, avaliem a determinação da violência obstétrica na totalidade. Os estudos não devem segmentar o tema tratando como se fosse uma questão comportamental dos profissionais da saúde ou somente através de um viés de violência sexista ou opressão racista. É necessário avaliar como os serviços de saúde se estruturam, organizam e funcionam na sociedade capitalista, como os sistemas de opressão se interseccionam e como isso impacta na formação acadêmica e na futura atuação dos profissionais da área.

Com base nisso, mostram-se necessários novos estudos que investiguem como as equipes de saúde reproduzem em seu cotidiano as opressões de gênero, raça e classe que o atual sistema econômico impõe e qual sua relação com a violência obstétrica.

Por fim, precisamos superar o modo de produção capitalista. Este sistema sustenta a intersecção de opressões que naturalizam uma sociedade de classes onde a população negra, por conta do racismo, é ainda mais explorada que a branca e as mulheres performam um papel social imposto que, através da divisão sexual do trabalho, mantém a reprodução dos trabalhadores a serviço do capital.

Sobrepular a tríade Sexismo-Racismo-Classismo precisa ser entendido como princípio para todos que compartilham o conceito de saúde como “máximo desenvolvimento das potencialidades do homem, de acordo com o grau de avanço obtido pela sociedade em um período histórico determinado” (GARCIA, 1989, p. 103). O acesso universal ao máximo desenvolvimento das potencialidades do homem não é compatível com uma sociedade repleta de iniquidades e desigualdades sociais geradas pela exploração para obtenção de mais valia.

As mulheres negras neste sentido desempenham papel fundamental ao lutar contra os sistemas de opressão através da teoria da interseccionalidade. Como proferiu Angela Davis no encontro internacional sobre feminismo negro e decolonial²⁴ realizado no Brasil em 2017,

Quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela, porque tudo é desestabilizado a partir da base da pirâmide social onde se encontram as mulheres negras, muda-se a base do capitalismo.

O racismo, o machismo e o modo de produção capitalista, que os perpetua, precisam ser colocados em pauta, no topo da lista de prioridades a serem combatidas para a construção de uma sociedade que atenda à plena realização da vida.

²⁴ O Curso Internacional *Decolonial Black Feminism in The Americas* é organizado por iniciativa de uma rede internacional de organizações feministas e descoloniais que trouxe à Cachoeira-BA, para aula inaugural do ano de 2017, a filósofa e ativista Angela Davis, referência internacional das lutas antirracista e feministas contemporâneas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR JM, D'OLIVEIRA AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface Comunicação Saúde Educação**.2011;15(36):79-91.

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de, SILVA, Marcelo José de Souza e. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate** [online]. 2014, v. 38, n. 103 [Acessado 18 julho 2021], pp. 953-965. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>>. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. "Estado, Direito e Análise Materialista do Racismo". In: KASHIURA JR, Celso Naoto; AKAMINE JR, Oswaldo; MELO, Tarso de (orgs.). **Para a Crítica do Direito- Reflexões sobre teorias e práticas jurídicas**. 1.ed. São Paulo: Outras expressões, 2015, p. 747-767.

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. **Violência obstétrica: a dor que cala**. Universidade Estadual de Londrina, 2014. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf

ARGENTINA. Lei n. 25.929. **Lei de Parto Humanizado**, de 17 de setembro de 2004. Disponível em: http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2004_Ley25929_Parto_humanizado.pdf Acesso em 20/12/2019

_____. Lei n 26.485. **Ley de protección integral a las mujeres**, de 1º de abril de 2009. Disponível em: https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf Acesso em 20/12/2019

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BATISTA, Waleska Miguel; MASTRODI, Josué Dos fundamentos extraeconômicos do racismo no Brasil. **Revista Direito e Práxis** [online]. 2018, v. 9, n. 4 [Acessado 18 Julho 2021], pp. 2332-2359. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2179-8966/2018/30077>>. Epub Oct-Dec 2018. ISSN 2179-8966.

BENTO, Maria Aparecida da Silva. **Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público**". 2002. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. doi:10.11606/T.47.2019.tde-18062019-181514.

BERNANDINO, J. **Ação afirmativa e a rediscussão do mito da democracia racial no Brasil**. Est. Afro-Asiáticos. 2002; 24(2):247-273

BIROLI, Flávia. **Divisão sexual do trabalho e democracia**. In: ENCONTRO DA ANPOCS, 39., 2015, Caxambu. Paper. Caxambu, 2015a.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136 · maio-ago. 2011 · ISSN 1980-5756. Disponível em: <http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 7633/2014**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546> Acesso em 10/12/2019.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 7867/2017b**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402> Acesso em 10/12/2019.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 8219/2017c**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144> Acesso em 10/12/2019.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

_____. Lei nº 8.142/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b

_____. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986

_____. **Lei Municipal nº. 3.363**, de 1º de outubro de 2013. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Diadema. Disponível em: http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=336313 Acesso em 10/01/2020

_____. **Lei nº 11.108**, de 7 de setembro de 2005. Lei do Acompanhante. Brasília, DF. Acesso em 21 set. 2017. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm Acesso em 10/01/2020

_____. **Lei nº 17.097**, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em 10/01/2020

_____. Ministério da Saúde. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – **Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília; 2003

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Diretrizes de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida Brasília** - DF 01/01/2018. Versão para Consulta Pública. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/10/Diretriz-mulher-com-deficiencia-Consulta-Publica.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. **OFÍCIO Nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Brasília, 07 de junho de 2019. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms> Acesso em 10/01/2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **DESPACHO DAPES/SAS/MS**. Brasília, 03 de maio de 2019. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-10.pdf> Acesso em 10/01/2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017a. 51 p. : il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

_____. **Portaria 569 de 1 de julho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 1 de julho de 2000. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html Acessado 10/01/2020.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher - RASEAM**. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, março de 2015. 181p. ISSN 2318-5619.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 7, n. 2, p. 135-49, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARNEIRO, Sueli. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: ASHOKA EMPREENDEMENTOS SOCIAIS; TAKAN CIDADANIA (Org.). **Racismos contemporâneos** (p. 49-58). Rio de Janeiro: Takano Editora, 2003.

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

CARNEIRO R. O peso do corpo negro feminino no mercado da saúde: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas. Mediações: **revista de ciências sociais** [Internet]. 2017 [acesso em 2018 set 26];22(2):394-424. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/23609/pdf>

CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Great Ormond Street Hospital for Children. mar. 2011. Disponível em: http://www.ucl.ac.uk/ich/services/library/training_material/critical-appraisal .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

CHADWICK, Rachelle. 'Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives'. **Feminism & Psychology** 2017, V. 27 (4), 489-509;

CISNE, M.; SANTOS, S. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, ano 10, 1º sem. 2002, p. 171-188. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. **Entendendo o viés racial implícito** — tópicos sobre viés implícito e seu efeito: racismo institucional. 2016. Disponível em: <https://prezi.com/ubii0d5bkgfa/entendendo-o-vies-racial-implicito/>

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da; FARIA, Izaide Ribeiro de. Mortalidade de mulheres negras residentes no Estado do Rio de Janeiro — 2015: evidências para a PNSIPN e a PNAISM. In: **Journal of Specialized Nursing Care**. [S.l.], v. 9, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2954/744>

DIAS MAB. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 3.

DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; DE CARVALHO; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; AGUIAR, Cláudia de Azevedo; NIY, Denise Yoshie. "Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção". **Journal of Human Growth and Development** [online]. Edição 3. São Paulo: Periódicos eletrônicos em psicologia. n. 25, pp. 377-384, 2015.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, 2014. Suplemento.

DOWNE-WAMBOLDT B. Content analysis: method, applications, and issues. **Health Care Women Int** 1992.

EGRY, E. Y. **Elementos teórico-metodológicos para a intervenção prática da Enfermagem em saúde coletiva**. São Paulo, 1994. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo

ENGELS, F. und MARX, K. (1973). **Die Heilige Familie oder Kritik der kritischen Kritik : gegen Bruno Bauer und Konsorten**. Berlin: Dietz Verlag. [A sagrada família]

ENGELS, F. (s/f). Do socialismo utópico ao socialismo científico. In: MARX, K. e ENGELS, F. (s/d). **Obras Escolhidas em 3 vol.** Vol. 2. São Paulo: Editora Alfa-Omega, p. 281-336.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO (FPA) e SESC. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. 2010. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou> Acesso em: 1 out. 2015.

GANONG LH. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**. 1987;10(1):1-11.

GARCIA, J. C. História das idéias em saúde. In: NUNES, E. D. (Org.). Juan César García: **pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

GERMER, C. M. (2021). O método materialista dialético de Marx e Engels. **Germinal: Marxismo E Educação Em Debate**, 12(3), 45–75. <https://doi.org/10.9771/qmed.v12i3.42063>

GOMES R, MINAYO MCS, Silva CFR. Violência contra mulher: Uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Souza, E R. Minayo, M. C. S. (Org.). et al. **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros**. Ministério da Saúde Brasília - DF: Fiocruz; 2005.

GONZALES, Lélia. A mulher negra na sociedade brasileira. In: LUZ, Madel (org). **O lugar da mulher: estudos sobre a condição feminina na sociedade atual**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

HEGEL, G. W. F. Enciclopédia das Ciências Filosóficas: a Ciência da Lógica. São Paulo: Edições Loyola, 1995.

HOOKS, Bell. **Feminist theory: from margin to center**. Boston: South End Press, 1984.

JAMAS MT, HOGA LAK, REBERTE LM. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Caderno de Saúde Pública**. 2013;29(12):2436-46.

JORDA CBD, GENNAL CZD, ÁLAMO MA. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Revista Cubana de Salud Pública**. 2013;39(4):718-32.

KALCKMANN S, SANTOS CG, BATISTA LE, et al. Racismo Institucional: um desafio para equidade no SUS? *Saúde Soc. São Paulo*. 2007; 16(2):146-155

KONDER, L. **O que é dialética?** 9. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

LAVOURA, Tiago Nicola. A dialética do singular-universal-particular e o método da pedagogia histórico-crítica. **Nuances: estudos sobre Educação**. Presidente Prudente-SP, v. 29, n. 2, p.4-18, Mai./Ago., 2018. ISSN: 2236- 0441. DOI: 10.32930/nuances.v29i2.6044. Disponível em <https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/viewFile/6044/pdf>

LEAL MC, Gama SGN. (Org) et al. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Suplemento 2014.

LIMA, Kelly Diogo de. **Raça e violência obstétrica no Brasil**/ Kelly Diogo de Lima. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. — Recife: [s. n.], 2016. 25 p.: il. https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18547?locale=pt_BR

LOPEZ, Laura Cecília. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.16, n. 40, p. 121-134, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>

LORENZO C. Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. **Revista Brasileira em Bioética** 2006; 2(3):229-312.)

LUKÁCS, G. (1967). **Estética I: La peculiaridad de lo estético**. Barcelona, México, DF: Grijalbo.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MARX, K. (1981). **Das Kapital; Kritik der politischen Ökonomie, Band I / Mit einem Geleitwort von Karl Korsch**. Frankfurt/M : Ullstein Materialien.

MARX, K. Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboço da crítica da economia política. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: EDUFRJ, 2011.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). **Políticas de saúde:**

organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MINAYO, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo-SP, 5(7), 1-12. Recuperado em 18 abril, 2017, de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayo_saturacao.pdf

MUNIZ, Jerônimo Oliveira. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 277-291, June 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782010000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-44782010000200017>.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate** [online]. 2019, v. 43, n. 122 [Acessado 14 julho 2021], pp. 939-948. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>>. Epub 25 Nov 2019. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE — OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf

PAIM, J. S. Pensando a sociedade e o estado no Brasil In: **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 49-68. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-05.pdf>

PASSOS, R. **Trabalho, gênero e saúde mental.** São Paulo: Cortez, 2018

PAULO NETTO, J. Prólogo. In: MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do partido comunista.** São Paulo: Cortez, 1998.

POCHMANN, M. Segurança social no capitalismo periférico: algumas considerações sobre o caso brasileiro. **Nueva Sociedad.** Especial em português, p. 76-97, 2007.

PROGRAMA DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL — PCRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. **Identificação e abordagem do racismo institucional.** Brasília: PCRI, 2006.

RAMOS, Celine. **Mulher negra e saúde: entrevista com Talita Rocha.** In: Blogueiras negras. Disponível em: <http://blogueirasnegras.org/2016/03/24/mulher-negra-e-saude-entrevista-com-talita-rocha/>

REITES, Bernd. “Sociedade civil, democratização e exclusão racial”. **Cadernos CRH**, Salvador, v. 17, n. 40, jan./abr, 2004, p. 117-128. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/crh/article/view/18484/11860>>

RIOS, Flavia. O protesto negro no Brasil contemporâneo (1978-2010). Lua Nova: **Revista de Cultura e Política** [online]. 2012, n. 85 [Acessado 13 julho 2021], pp. 41-79. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0102-64452012000100003> >. Epub 10 Maio 2012. ISSN 1807-0175.

ROLAND, E. Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil. In: **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 506, jan. 1995. ISSN 1806-9584.

SILVA, Eliana Gesteira da; FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho da. A construção da raça nacional: estratégias eugênicas em torno do corpo da mulher. In: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luís Eduardo; LOPES, Fernanda (Orgs.). **Saúde da população negra**. Petrópolis: DP et al., Brasília: ABPN, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097**, de 17 de janeiro de 2017. Combate à Violência Obstétrica. 2017. Brasil. Ministério Público (Org.). Disponível em: http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html Acesso em: 10/01/2020

SANTOS, Adriana Gomes, org. **África: colonialismo, genocídio e reparação**. São Paulo: Sudermann, 2019.

SMITH, Adam. (1950) [1776]. **Inquérito sobre a Natureza e as Causas da Riqueza as Nações**. Volumes I e II: Fundação Calouste Gulbenkian.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.

SOUZA, Terezinha Martins dos Santos. Patriarcado e capitalismo: Uma relação simbiótica. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 15, n. 30, jul./dez. 2015. Disponível e <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/10969>

STANCATO K, VERGÍLIO MSTG, Bosco CS. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-PPP de um hospital universitário. **Ciência, cuidado e saúde** 2011 Jul/Set 10(3):541-548.

STELTLER CB, MORSI D, RUCKI S, BROUGHTON S, CORRIGAN B, FITZGERALD J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998;11(4):195-206.

STILLWELL, Susan B.. *Sustaining Evidence-Based Practice Through Organizational Policies and an Innovative Model: The team adopts the Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration model*. **American Journal of Nursing (AJN)**, set. 2011. v.111, n.09. p.57-60. Disponível em: http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=1214007&_ga=1.250866182.1687182778.1405089287

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. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, nov. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103505&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 10 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>.

URSI ES. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida Libre de violencia**. Disponível em http://www.ventanalegal.com/leyes/ley_sobre_violencia_contra_mujer_familia.html Acesso em 20/12/2019

VIEIRA FS. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?** Brasília: Ipea; 2016. [Nota técnica].

VIELLAS EF, DOMINGUES RMSM, DIAS MAB, GAMA SGN, FILHA MMT, COSTA JV. et al. Assistência pré-natal no Brasil. In: Leal MC; Gama SGN. **Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública**. 2014; 30: p. 85-100.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/>

WERNECK, Jurema. Nossos passos vêm de longe! Movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo. **Revista da ABPN**, Rio de Janeiro v. 1, n. 1; p. 8-17, 2010.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**. 2016; 25(3):535-549.

WHITEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, 2005, v.52, n.5, p. 546–553, Blackwell Publishing Ltd. Disponível em: http://users.phhp.ufl.edu/rbauer/ebpp/whitemore_knafl_05.pdf

ANEXO 1

As 10 perguntas foram adaptadas de Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH, Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. JAMA 1994; v.272, n.17, p.1367-1371. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida sob qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, gravação ou outra maneira sem a permissão prévia por escrito da unidade de recursos de saúde pública. Se a permissão é dada, em seguida, cópias devem incluir esta declaração em conjunto com as palavras "© saúde pública recurso unidade, Inglaterra 2006". No entanto, organizações de NHS podem reproduzir ou usar a publicação para fins educativos não-comerciais, mediante indicação da fonte. © Saúde pública recurso unidade, Inglaterra (2006). Todos os direitos reservados.

Perguntas de triagem			
1. O estudo possui uma questão objetiva e claramente direcionada?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não posso dizer a respeito
Considere "objetiva e claramente direcionada" em relação:			
– à população estudada.			
– à intervenção dada ou à exposição.			
– aos resultados considerados.			
2. A revisão inclui o tipo certo de estudo?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não posso dizer a respeito
O tema da publicação está de acordo com o tema investigado na revisão?			
Considerar os estudos incluídos se:			
– abordar a questão da revisão.			
– tem um projeto de estudo adequado.			
3. Conclusão: Vale a pena prosseguir para as perguntas detalhadas?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não posso dizer a respeito

Perguntas detalhadas			
3. Os revisores tentaram identificar todos os bancos de dados possíveis?	☐ Sim	☐ O estudo não é relevante?	☐ Não posso dizer a respeito
Considerar:			
– quais bancos de dados bibliográficos foram usados.			
– se houve um acompanhamento das listas de referência.			
– se houve contato pessoal com especialistas.			
– se os revisores procuraram por estudos inéditos.			
– se os revisores procuraram por textos escritos em língua estrangeira.			
4. Será que os revisores avaliaram a qualidade dos estudos incluídos?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não posso dizer a respeito
Considerar:			
– se foi usada uma estratégia clara, predeterminada para decidir quais os estudos foram incluídos. Procurar:			
– um sistema de pontuação.			
– mais de um avaliador.			
5. O tipo de combinação que determinou os resultados combinados foi pertinente?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não posso dizer a respeito
Considere se:			
– os resultados de cada estudo foram claramente exibidos.			
– os resultados foram semelhantes de estudo para estudo (verificar testes de heterogeneidade).			
– as razões para eventuais variações nos resultados são discutidas.			

6. Como os resultados são apresentados e qual é o principal resultado?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não posso dizer a respeito
Considerar:			
- como os resultados são expressos (por exemplo, <i>odds ratio</i> risco relativo etc.).			
- quão grande e como é significativo o resultado.			
- como você resumiria o resultado da revisão em uma frase.			
7. Os resultados são precisos?			
Considerar:			
- se um intervalo de confiança foi relatado. Sua decisão sobre se deve ou não usar essa intervenção deve basear-se no limite de confiança superior e inferior.			
- se um valor <i>p</i> é relatado, os intervalos de confiança estão indisponíveis.			
8. Os resultados podem ser aplicados para a população local?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não posso dizer a respeito
Considere se:			
- a amostra de população coberta pelo reexame pode ser diferente da sua população nas maneiras que produziram resultados diferentes.			
- sua configuração local difere muito da revisão.			
- você pode fornecer a mesma intervenção em sua configuração.			
9. Todos os resultados importantes foram considerados?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não posso dizer a respeito
Considere os resultados do ponto de vista:			
- individual.			
- profissional e formulador de políticas.			
- família/encarregados de educação.			
- comunidade em geral.			
10. A política ou a prática deve mudar como resultado das provas contidas nesta revisão?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não posso dizer a respeito
Considerar:			
- se qualquer benefício relatado supera qualquer dano e/ou custo. Se essa informação não for relatada, pode ser respondida lendo o artigo?			

ANEXO 1. Exemplo de instrumento para coleta de dados (validado por Ursi, 2005)

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome _____ Local de trabalho _____ Graduação _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área da saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa () Abordagem quantitativa () Delineamento experimental () Delineamento quase-experimental () Delineamento não-experimental () Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa () Revisão de literatura () Relato de experiência () Outras _____
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção () Randômica () Conveniência () Outra _____ 3.2 Tamanho (n) () Inicial _____ () Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M () F () Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim () não () 5.4 Instrumento de medida: sim () não () 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico _____ 7.2 Nível de significância _____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
9. Nível de evidência	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	

ANEXO 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nós, Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque e Juliana Chagas da Silva Mittelbach, mestrandas no Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, estou convidando a Senhora _____, puérpera de até seis semanas, a participar de um estudo intitulado A cor da Violência Obstétrica, que visa identificar situações de violência no pré-natal, parto e puerpério em Curitiba.

- a) O objetivo desta pesquisa é analisar a gênese da violência obstétrica no SUS, considerando a influência da cor da pele.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista, de aproximadamente 30 minutos.
- c) A entrevista ocorrerá na Unidade de Saúde Mãe Curitibana, em local livre de interferência, durante seu tempo de espera, sem necessidade de deslocamento.
- d) É possível que a senhora experimente algum desconforto, principalmente ao relatar situações constrangedoras vivenciadas durante seu atendimento no pré-natal / parto / pós-parto.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o abalo emocional, no momento da entrevista, ao lembrar situações de violência em um momento de tamanha fragilidade da mulher. Caso tenha necessidade de atendimento a puérpera será avaliada pela equipe de saúde da Unidade Mãe Curitibana, assim como caso ocorra qualquer intercorrência durante a entrevista será solicitado suporte da equipe de saúde da unidade.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são a caracterização local das situações de violência obstétrica para providências de enfrentamento com foco no racismo institucional, Apresentar a equipe de saúde quais comportamentos racistas e violentos ocorrem em sua prática profissional a partir dos relatos colhidos, para revisão de conduta ética, Apresentar a necessidade da promoção da igualdade e combate ao racismo no SUS, Apresentação da necessidade de elaboração de leis de proteção às mulheres, em especial as negras, no momento do pré-natal / parto – abortamento / puerpério no sistema de saúde de Curitiba.
- g) Os pesquisadores Prof Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque e a mestrandas Juliana Chagas da Silva Mittelbach, responsáveis por este estudo poderão ser localizados no Setor de Ciências da Saúde – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Rua Padre Camargo, nº 280 - 3º andar Alto da Glória – Curitiba – Paraná – Brasil – CEP 80060-240 E-mail: mestradoscoletivaufpr@gmail.com e juzinhachagas@gmail.com Telefone: (41) 3360-7271 no horário das 08h às 18h, para esclarecer eventuais dúvidas que a Senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se a senhora a senhora não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu [atendimento e/ou tratamento] está garantido e não será interrompido caso o desista de participar.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. Sendo estas o Orientador da Pesquisa e a Pesquisadora. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

j) O material obtido – gravação de voz – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será desgravado ao término do estudo, dentro de 6 meses.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa com deslocamento e materiais de expediente não são de sua responsabilidade e a senhora não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259 ou no e-mail juzinhachagas@gmail.com. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu atendimento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 2020.

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Juliana Chagas da Silva Mittelbach