

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

RAYANE MAYARA DOS SANTOS LIMA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SAÚDE NO CONTEXTO DE UM HOSPITAL-  
ESCOLA DESDE UMA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL.**

MACEIÓ-AL

2022

RAYANE MAYARA DOS SANTOS LIMA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SAÚDE NO CONTEXTO DE UM HOSPITAL-  
ESCOLA DESDE UMA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia - IP da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel com Formação em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Telma Low Silva Junqueira

MACEIÓ-AL

2022

Dedico este trabalho a todas as mulheres que vieram antes e às que virão depois de mim.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço aos meus pais e irmão por todo apoio e pelos quais suportei todas as dificuldades.

Agradeço à Professora Doutora Telma Low que me orientou neste trabalho e para além dele. Obrigada pela paciência, apoio e seu afeto, nosso encontro foi muito feliz.

Ao meu primo querido que me indicou esse caminho e ao qual serei eternamente grata, Aldir.

Às minhas amigas-irmãs Keylla Lavínia, Amanda Freitas (in memorian), Dayane Rívea, Maria Andresa, Jarbiane Gomes e Jéssica Lopes por me manterem sã.

A minhas amigas e colegas de graduação que cada uma no seu tempo e do seu jeito, compartilhou das minhas alegrias, angústias, dúvidas e sempre correram em meu auxílio. Vocês tornaram a jornada muito mais prazerosa, Yasmin, Thamillys, Breno, Beatriz, Sayonara e Taynná.

Aos meus queridos amigos Anderson e Eduardo por me incentivar, emprestarem seus ouvidos e compartilharem minhas risadas.

As minhas colegas de pesquisa Lanna, Livia, Kaline e Marina e as demais pessoas que compuseram os ciclos anteriores da pesquisa e dessa forma conhecem e valorizam como ninguém a importância desse trabalho.

Às minhas afilhadas que me estimulam cotidianamente a ser uma pessoa melhor Eloisa, Alice e Alexia.

As minhas professoras e professores que compartilharam comigo tanto conhecimento ao longo desses anos.

As mulheres que fazem parte da minha vida, avós, tias, primas e amigas.

As mulheres-mães que concederam as entrevistas e assim possibilitaram esse trabalho. Obrigada por compartilharem suas histórias.

A Deus que se fez presente por meio de todas essas pessoas.

# **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SAÚDE NO CONTEXTO DE UM HOSPITAL-ESCOLA DESDE UMA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL.**

*Rayane Mayara dos Santos Lima<sup>1</sup>*

*Telma Low Silva Junqueira<sup>2</sup>*

## **RESUMO**

Este artigo visa analisar os sentidos por mulheres-mães cisgêneras, brancas e heterossexuais sobre violência obstétrica a partir das vivências enquanto parturientes tendo como referencial teórico-metodológico os estudos feministas de gênero, em especial o feminismo negro interseccional. Realizou-se uma pesquisa qualitativa em uma maternidade de um hospital-escola vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), em que foram realizadas entrevistas semidirigidas com mulheres-mães usuárias. Este trabalho propõe dialogar sobre como a violência obstétrica se constitui uma expressão da violência contra as mulheres, no marco de uma sociedade estruturada pela cis-heteronormatividade, pelo racismo, classismo e patriarcado. Os resultados apontam que as vivências das mulheres-mães entrevistadas foram permeadas pelo uso compulsório da ocitocina, o não acolhimento, escuta e reconhecimento do desejo e autonomia das mulheres parturientes por parte da equipe de saúde, a não oferta e aplicação de analgesia durante o processo de parto, entre outras expressões de violência obstétrica. Considera-se primordial que a questão da saúde sexual e reprodutiva seja re-pensada na formação em saúde e nos espaços de educação permanente em saúde, de modo a garantir que as pessoas com útero tenham direito a vivenciar a gestação e o parto com dignidade e de modo humanizado como preconiza o SUS. Para tanto, faz-se necessário considerar a perspectiva interseccional como estratégia de análise dos efeitos das opressões e violências que são exercidas pelas equipes de saúde junto aos corpos que gestam e parem, especialmente negros.

**Palavras-chave:** Mulheres-mães; Violência Obstétrica; Interseccionalidade; Cuidado em saúde.

## **ABSTRACT**

This article aims to analyze the meanings of cisgender, white, heterosexual women-mothers about obstetric violence from their experiences as parturients, using as theoretical and methodological reference the feminist gender studies, especially intersectional black feminism. A qualitative research was conducted in a maternity ward of a teaching hospital linked to the Unified Health System (SUS), in which semi-structured interviews were conducted with women-mothers users. This work proposes to discuss how obstetric violence is an expression of violence against women in a society structured by cis-heteronormativity, racism, classism and patriarchy. The results point out that the experiences of the women-mothers interviewed were permeated by the compulsory use of oxytocin, the failure of the health team to welcome,

---

<sup>1</sup> Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

<sup>2</sup> Docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

listen to, and recognize the desire and autonomy of women in labor, the failure to offer and apply analgesia during the birth process, among other expressions of obstetric violence. It is considered essential that the issue of sexual and reproductive health be rethought in health training and in spaces for continuing education in health, in order to ensure that people with uterus have the right to experience pregnancy and childbirth with dignity and in a humanized way, as advocated by SUS. For this, it is necessary to consider the intersectional perspective as a strategy for analyzing the effects of oppression and violence that are exercised by health teams with the bodies that give birth, especially black.

**Key words:** Women-mothers; Obstetric Violence; Intersectionality; Health care.

## Introdução

*A lua fêmea, semelhante nossa,  
Em vigília atenta vigia  
A nossa memória.  
A noite não adormece  
Nos olhos das mulheres,  
Há mais olhos que sono  
Onde lágrimas suspensas  
Virgulam o lapso  
De nossas molhadas lembranças.  
A noite não adormece  
Nos olhos das mulheres,  
Vaginas abertas  
Retêm e expulsam a vida  
Donde Ainás, Nzingas, Ngambeles  
E outras meninas luas  
Afastam delas e de nós  
Os nossos cálices de lágrimas.  
A noite não adormecerá  
Jamais nos olhos das fêmeas,  
pois do nosso líquido lembradiço  
em cada gota que jorra  
um fio invisível e tônico  
pacientemente cose a rede  
de nossa milenar resistência.  
(EVARISTO, 2017, p. 26)*

Uma série de retrocessos vem sendo anunciados em relação aos direitos das mulheres, juntamente com diversas denúncias de violências através das mídias e redes sociais. Relatos de violência sexual, obstétrica, moral, feminicídio, entre muitas outras que mantêm inúmeras mulheres assustadas e em constante estado de alerta, pois estamos todas passíveis de sofrer qualquer uma delas a qualquer momento. Simone de Beauvoir, em seu livro *O Segundo Sexo* (1949), já alertava para o fato de que bastaria uma crise de cunho político, religioso ou econômico para que os direitos das mulheres fossem questionados e que era preciso que nós, mulheres, nos mantivéssemos sempre em alerta.

O Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) publicou no dia 8 de março, em alusão às comemorações do Dia Internacional da Mulher, dados relativos à violência letal e sexual de meninas e mulheres no Brasil. Segundo o FBSP, no ano de 2021:

Foram registrados 56.098 boletins de ocorrência de estupros, incluindo vulneráveis, apenas do gênero feminino. Isso significa dizer que, no ano passado, uma menina ou mulher foi vítima de estupro a cada 10 minutos, considerando apenas os casos que chegaram até as autoridades policiais. (p. 8)

Esses dados nos convidam a refletir e debater sobre como os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres vêm sendo frequentemente alvo de ataques e retrocessos. Recentemente o caso de uma criança de 11 anos, vítima de estupro, mobilizou o país e nos fez

pensar sobre o direito ao aborto legal, que embora seja garantido por lei, em casos de estupro, risco à vida da pessoa gestante e quando o feto é anencéfalo, segue sendo atacado e não respeitado. A criança que ficou grávida após a violência sofrida teve seu direito ao aborto negado pela justiça, a partir de justificativas morais e religiosas em um país que se diz laico, mas usa de argumentos cristãos, machistas e imbuídos de preconceitos de gênero, raça e classe, para formular e garantir leis acerca da saúde sexual e reprodutiva de mulheres e outras pessoas com útero.

No dia 08 de junho de 2022 o Ministério da Saúde (MS) lançou um manual para servir de guia às práticas de serviços e profissionais em relação ao aborto, intitulado “Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento”. O guia afirma que não existe aborto legal, que todo aborto é um crime, apenas havendo casos em que ele não é punido por lei. O conteúdo do guia é absurdo e criminaliza/culpabiliza mulheres que passam por esse processo. A revogação do direito ao aborto pela Suprema Corte dos Estados Unidos (EUA) e a exposição da vida de uma atriz brasileira vítima de estupro, que exerceu o direito garantido no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de doar a/o bebê ao nascer, tendo violado seus direitos à proteção, sigilo e integridade emocional, física e jurídica, também foram fontes de grandes discussões sobre os direitos das mulheres e as inúmeras violências que as mesmas sofrem cotidianamente em vários aspectos da vida.

A Violência Contra as Mulheres (VCM) continua naturalizada e enraizada na sociedade de modo geral, mais especialmente na brasileira concomitante com a frequente manutenção de rígidos estereótipos de gênero. Nesse contexto, existe ainda a invisibilização e normalização do problema através de mecanismos racistas, classistas, machistas e patriarcais que são estruturais e estruturantes. As funções e posições de gênero são fruto de uma construção social, cultural e política patriarcal e racista, que designam quais lugares devem ocupar as mulheres e homens na sociedade.

Historicamente as mulheres ocupam um lugar de subordinação em relação aos homens, que por sua vez se utilizam de diversos mecanismos para manterem e legitimarem seus privilégios e poder como, por exemplo, a ocupação dos postos de poder e melhor remuneração (no caso dos homens brancos), a naturalização da discriminação de mulheres, o exercício das violências de gênero, a desresponsabilização frente ao exercício da paternidade, entre outros. No entanto, é preciso refletir também sobre a incidência de outros marcadores. A sociedade não se encontra dicotomicamente dividida entre homens opressores e mulheres subordinadas, gênero não é um marcador único que estrutura as relações sociais. O marcador racial, como nos

aponta Sueli Carneiro (2003), produz subalternidades que ultrapassam as questões de gênero, uma vez que os homens negros se encontram em posição inferior às mulheres brancas, por exemplo.

A fortiori, essa necessidade premente de articular o racismo às questões mais amplas das mulheres encontra guarida histórica, pois a “variável” racial produziu gêneros subalternizados, tanto no que toca a uma identidade feminina estigmatizada (das mulheres negras), como a masculinidades subalternizadas (dos homens negros) com prestígio inferior ao do gênero feminino do grupo racialmente dominante (das mulheres brancas). Em face dessa dupla subvalorização, é válida a afirmação de que o racismo rebaixa o status dos gêneros. Ao fazê-lo, institui como primeiro degrau de equalização social a igualdade intragênero, tendo como parâmetro os padrões de realização social alcançados pelos gêneros racialmente dominantes (CARNEIRO, 2003, p.119)

Ou seja, mecanismos de dominação também se aplicam na manutenção de desigualdades de raça, classe e sexualidade intragênero, não se trata da diferença entre esses marcadores e sim da produção e reprodução de desigualdades entre eles, é nesse contexto que se faz possível o uso da violência. Discutir violência de gênero é uma realidade necessária, esses são fenômenos amplos que incorporam diferentes formas no campo das relações de gênero, pensando não só a violência cometida por homens contra mulheres, mas, também de mulheres contra mulheres e de homens contra homens, uma vez que são possíveis nas relações de poder desiguais. bell hooks aponta em seu livro “O Feminismo é Para Todo Mundo – Políticas Arrebatadoras” (2018), a lógica da violência numa cultura que usa a dominação para manter sistemas hierárquicos:

Em uma cultura de dominação, todo mundo é socializado para enxergar a violência como meio aceitável de controle social. Grupos dominantes mantêm o poder através da ameaça (aceita ou não) de que castigo abusivo, físico ou psicológico, será usado sempre que estruturas hierárquicas em exercício forem ameaçadas [...] (hooks, 2018, p. 99)

A VCM, ocorrendo no espaço doméstico-familiar ou comunitário, efetuada, aceita e/ou normalizada pelo Estado, é uma das principais barreiras para a garantia e manutenção dos direitos humanos de mulheres. Suas consequências estruturais são ampliadas quando pensamos em mulheres negras e indígenas, que por sua vez vivenciam outras facetas da violência. O Atlas da Violência de 2021 (IPEA/FSBP, 2021) mostra que em 2019, 66% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras. O relatório aponta ainda que o risco relativo de uma mulher negra ser vítima de homicídio é 1,7 vezes maior do que o de uma mulher não negra.

A desigualdade racial no país fica cada vez mais nítida com a apresentação desses dados, sendo o racismo, assim como o sexismo e classismo, um eixo estruturante de opressão e exploração. O cruzamento desses eixos coloca as mulheres negras em lugares diferentes e em

posições desiguais em relação às mulheres brancas, uma vez que essas não sofrem discriminação racial.

Nesse sentido, racismo também superlativa os gêneros por meio de privilégios que advêm da exploração e exclusão dos gêneros subalternos. Institui para os gêneros hegemônicos padrões que seriam inalcançáveis numa competição igualitária. (CARNEIRO, 2003, p. 119)

É a partir dessa realidade que se faz necessário fundamentar nossas análises na perspectiva interseccional, pensando a inseparabilidade dos eixos de subordinação gênero, raça, classe e sexualidade. Karla Akotirene (2019), partindo do pensamento de sua precursora Kimberle Crenshaw, que cunhou o termo Interseccionalidade para falar do cruzamento desses eixos de subordinação, diz o seguinte:

A interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais. (AKOTIRENE, 2019 p. 14)

A perspectiva interseccional é uma contribuição das pensadoras e intelectuais negras e feministas, considerada uma estratégia teórico-metodológica de análise das políticas públicas, das relações sociais e institucionais e outros fenômenos sociais. Patrícia Hill Collins e Sirma Belge, no livro Interseccionalidade (2021), afirmam que a interseccionalidade pode orientar a práxis e investigação críticas, dentro e fora do mundo acadêmico.

Neste artigo focaremos no debate das várias (o)pressões sofridas pelas mulheres ao longo dos anos, pensando nas construções de gênero designadas às mulheres em nossa sociedade e nos estereótipos/padrões/funções sociais que se instituíram ao longo da história, entre elas, o exercício da maternidade. Esta se apresenta como uma das principais funções das mulheres cisgêneras, idealmente seguindo uma ordem de namorar, casar e ter filhas(os). Assim, frente ao medo da estigmatização social, frequentemente inúmeras mulheres se sentem obrigadas social, familiar e moralmente a exercerem essa função.

A maternidade, nesse contexto, é também um processo social, histórico e político multifacetado, complexo e fortemente romantizado. A gestação está inclusa nessa lógica, desde a concepção até sua resolução, seja ela o parto ou abortamento, expressando também, na maioria das vezes, a objetificação do corpo, desejo e autonomia de quem está gestando e parindo, na maioria das vezes mulheres cis, mas não somente<sup>3</sup>. Assim, a vivência de gestar e parir vem

---

<sup>3</sup> Consideramos que a gestação e o parto são fenômenos que podem ser vivenciados por mulheres cisgêneras, por homens trans, por pessoas não binárias, entre outros corpos com útero. Logo, questionamos a nomenclatura “saúde materno-infantil”, tão utilizada pela maioria das legislações, incluindo a Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011,

sendo capturada pelo poder-saber médico e/em um sistema patriarcal, capitalista e racista gerando violações de direitos humanos fruto da perpetuação de relações de desigualdades que posicionam as pessoas que parem como não protagonistas no/do processo de parir (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018). Ao mesmo tempo que concentra um poder-saber na equipe de saúde, que padroniza *modus operandis* para as pessoas vivenciarem a gestação, parto e nascimento, os quais variam de acordo com o gênero, a cor/raça, a classe social, a idade, a origem delas, se têm deficiência ou não etc. (GOES; NASCIMENTO, 2013; WERNECK, 2016).

É assim que as mulheres negras são também consideradas as principais vítimas da Violência Obstétrica (VO), tendo acesso a menos consultas de pré-natal em relação às mulheres brancas, o tempo destinado às consultas também é menor, além de sofrerem mais intervenções desnecessárias durante o parto (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018). Nessa perspectiva, ainda que a Rede Cegonha (Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011) tenha sido considerada um avanço em relação ao investimento em políticas públicas de saúde que promovam a dignidade do gestar e parir e das crianças nascidas, os retrocessos, especialmente nos últimos 4 anos, têm sido cada vez maiores.

A Rede Cegonha é uma das políticas mais bem sucedidas no contexto da atenção integral às mulheres no período gestacional e puerpério. No entanto, no dia 04 de abril de 2022 foi lançada a Portaria MS 715/2022, o documento institui a Rede Materna e Infantil – RAMI – em substituição à Rede Cegonha. O novo programa dá ênfase à atuação do(a) médico(a) obstetra em detrimento de outras(os) profissionais como enfermeiras(os), ao invés de ampliar a atuação multiprofissional, o que por sua vez oportuniza que o cuidado se dê a partir de uma visão hospitalocêntrica e medicocêntrica, cada vez menos centrada no protagonismo da pessoa gestante.

Seguindo a linha de retrocessos, no dia 04 de maio de 2022, o Ministério da Saúde lançou a 6ª Caderneta da Gestante, o novo material promove a realização de práticas relacionadas à violência obstétrica, como a episiotomia, ainda que não haja evidências científicas que comprovem sua eficácia. A episiotomia, se utilizada sem a autorização/consentimento da pessoa gestante e como procedimento rotineiro, pode ser considerada violência obstétrica. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) não reconhece a episiotomia como uma intervenção padrão e restringe a sua realização (CARNIEL;

---

que institui a Rede Cegonha. Na nossa pesquisa nomeamos de mulheres mães, para não reduzirmos as mulheres à maternidade. Ressaltamos, ademais, que as mulheres entrevistadas por nós se autodeclararam cisgêneras e heterossexuais.

VITAL; SOUZA, 2019). O conteúdo da Caderneta da Gestante (2022) relativiza práticas violentas e é mais um retrocesso na busca por práticas que respeitem integralmente os direitos das mulheres.

Partindo do que foi exposto, este artigo visa analisar os sentidos produzidos por mulheres-mães cisgêneras e heterossexuais sobre violência obstétrica. Realizamos uma pesquisa qualitativa, desenvolvida em uma maternidade de um hospital-escola vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), situado em uma capital do nordeste do país, em que foram realizadas entrevistas com trabalhadoras/es, gestoras, discentes, docentes e mulheres usuárias. Focaremos aqui na análise das entrevistas semidirigidas que fizemos com duas mulheres usuárias, analisando sobre como a VO se constitui uma expressão de violência contra as mulheres, no marco de uma sociedade estruturada pela cis-heteronormatividade, pelo racismo, classismo e patriarcado.

Apresentaremos uma breve justificativa do nosso interesse sobre o tema, seguindo com o desenho metodológico da pesquisa e, finalmente, tecendo um diálogo entre os discursos produzidos pelas mulheres e nosso referencial teórico-metodológico fundamentado nos estudos feministas de gênero, com destaque para o feminismo negro interseccional.

#### **Justificativa da escolha do tema:**

Estar na universidade cursando psicologia me aproximou de temáticas com as quais não tive muito contato antes da graduação, algumas delas foram os estudos de gênero e raça. Enquanto mulher, branca e cisgênera discutir gênero, racismo e VCM, por exemplo, se mostrou como algo necessário para minha formação enquanto pessoa e profissional que está inserida numa sociedade machista, racista e produtora de violências. Esses temas produzem afetos e me mobilizam.

Através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) ciclo 2019-2020, do qual fui colaboradora do projeto “Pesquisando gênero, violência contra as mulheres e saúde no cotidiano de um hospital-escola: afetos, questões e possíveis efeitos”, tive contato mais diretamente com a temática de VCM e, através da mesma pesquisa, surgiu a oportunidade de aprofundar e direcionar meus estudos para a violência obstétrica (VO). Durante a escrita deste artigo e a análise das entrevistas realizei meu estágio obrigatório em psicologia no setor da maternidade de um hospital do SUS, o que me possibilitou compreender, ampliar e sensibilizar minha escuta, na prática de acolhimento a mulheres usuárias, para questões que

pu dessem se assemelhar aos diálogos produzidos junto com as mulheres entrevistadas na pesquisa.

Levando em consideração a conjuntura apresentada no início do texto, faz-se necessário o aprofundamento de discussões sobre VCM e especificamente a VO na atenção à saúde, visto que a construção de informação sobre a temática pode ser uma das formas de enfrentamento e de fomento à construção de práticas fundamentadas nos princípios doutrinários do SUS, Universalidade, Equidade e Integralidade. Assim, a produção acadêmica sobre VO, considerando a vivência e narrativas das mulheres que pariram e se tornaram mães, pode contribuir socialmente no diálogo e visibilização de evidências científicas que apontem que é possível e relevante que o gestar e parir seja vivenciado de modo humanizado.

No mais, entendo que intervenções teóricas e práticas que se voltem a educação, saúde e assistência são necessárias no processo de combate de práticas violentas, hierárquicas, sexistas e racistas, visto que esses atravessamentos se apresentam como fatores de vulnerabilidade no cotidiano de muitas mulheres que fazem uso das maternidades, especialmente públicas, mas não somente. A busca de alternativas para o enfrentamento da VO é uma responsabilidade de todas/os que estão inseridas/os no campo das políticas públicas em saúde, visto que é preciso estratégias de promoção equitativas, condições de atendimento digno e o direito à saúde de qualidade para mulheres.

As consequências da VO exercida contra as pessoas que gestam e parem produzem efeitos graves, os quais são capazes de desencadear ações de silenciamento de todos os danos sofridos por elas nas relações de poder desiguais estabelecidas e vivenciadas diariamente.

### **Metodologia:**

Esta é uma pesquisa qualitativa fundamentada na produção intelectual de mulheres feministas, com destaque para as pensadoras negras. Buscamos analisar os sentidos produzidos sobre Violência Obstétrica (VO), junto a 02 mulheres-mães cisgêneras e heterossexuais, que pariram em um hospital-escola do SUS, situado em uma cidade do nordeste brasileiro.

As entrevistas foram realizadas em 2019. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (CEP/Ufal), com CAEE 68481917.6.0000.5013. Todas as mulheres protagonistas expressaram o aceite e concordância em participar da pesquisa, terem as entrevistas gravadas e transcritas e assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).

A análise das entrevistas foi realizada, em 2022, através de uma leitura atenta e crítica que não se propôs a generalizar e/ou reduzir as pessoas entrevistadas a esse momento em específico. Minha proposta foi suscitar questões a partir de alguns trechos que me chamaram atenção no decorrer da leitura, e discuti-los em parceria com as contribuições das autoras feministas, especialmente negras. Pois, não busco criar sentidos/saberes gerais e universais e sim aqueles que se constroem situados num lugar e tempo e que se articulam com as questões de gênero, cor/raça, sexualidade e classe.

Parto da ideia de saberes localizados que buscam enxergar as inúmeras possibilidades de transformação pensando as e os sujeitos que estão inseridas(os) em culturas e períodos históricos específicos.

Estou argumentando a favor de políticas e epistemologias de alocação, posicionamento e situação nas quais parcialidade e não universalidade é a condição de ser ouvido nas propostas a fazer de conhecimento racional. São Propostas a respeito da vida das pessoas; a visão de um corpo, sempre um corpo complexo, contraditório, estruturante e estruturado, versus a visão de cima, de lugar nenhum, do simplismo. (HARAWAY, 1995, p. 30)

Considerando minha vivência situada e parcial, construí os seguintes passos metodológicos:

1 – Leitura atenta das transcrições das entrevistas, visando uma aproximação com os discursos produzidos pelas protagonistas da pesquisa, bem como buscando situar as afetações, questões, temáticas etc. que considero relevantes a partir do encontro com o material produzido – discursos das pessoas entrevistadas;

2 – Identificação dos discursos que se relacionam com gênero, VO e raça. Nessa etapa reli as transcrições das entrevistas com o intuito de identificar e marcar tudo que está relacionado diretamente a esses conceitos. Busquei também localizar outros discursos que dialogassem com a perspectiva da interseccionalidade entre gênero, raça, classe e sexualidade;

3 – Construção de um quadro organizador contendo os dados pessoais das entrevistadas, como: nome fictício, idade, orientação sexual e ocupação profissional, seguido de trechos das entrevistas separados em algumas categorias que me pareceram centrais, como por exemplo, gênero, VO e raça. O Quadro 1 apresenta o perfil das mulheres entrevistadas;

4 – Análise dos sentidos produzidos sobre gênero e VCM com foco em VO: essa etapa corresponde ao processo de análise, situada e crítica, acerca dos sentidos produzidos junto com as entrevistas das mulheres-mães. A proposta é destacar questões centrais que promovam um diálogo entre como articulo os discursos produzidos pelas pessoas entrevistadas e as referências principais que fundamentam o marco teórico-metodológico da pesquisa: a perspectiva feminista

de gênero, com base nas ideias de feministas brasileiras como Carneiro, Akotirene, Gonzalez, Werneck e teóricas feministas norte-americanas como Scott e Haraway.

5 – Nesta quinta e última etapa, produção de narrativas que privilegiassem uma escrita implicada, situada, crítica e ético-politicamente comprometida com as afetações e questões que surgiram a partir do encontro gerado entre mim e as leituras das transcrições das entrevistas.

**Quadro 1:** Perfil das mulheres-mães entrevistadas

Nome Fictício	Idade	Gênero	Orientação Sexual	Raça/Etnia	Estado Civil	Formação/Ocupação
Rosa	27	Mulher	Heterossexual	Branca	Casada	Direito/advogada
Frida	37	Mulher	Heterossexual	Branca	Casada	Antropologia/Professora

Fonte: Produção própria da autora (2022)

Procurei no decorrer da construção deste trabalho compreender que as experiências das mulheres não são universais, incluindo as de violência e dessa forma me atentei para o quanto as questões de cor/raça, gênero, classe e sexualidade se interseccionam e se desdobram na vida e no cotidiano de inúmeras pessoas e espaços, incluindo o hospital-escola em que as entrevistadas foram usuárias.

**Análise e discussão:**

A maternidade, para além de uma função biológica de um corpo que pode gestar e parir, exerce uma função social que, por sua vez, é fortemente atravessada por construções simbólicas, fundamentadas em relações de poder que se dão a partir de uma estrutura sexista, patriarcal, cis-heteronormativa e racista que institui padrões, posições e funções através de uma lógica binária e hierárquica. Partindo disto e para visualizar melhor alguns pontos norteadores e assim tecer uma base crítica sobre as análises aqui apresentadas, é preciso trazer um aparato teórico a respeito de como compreendo e abordo as questões de gênero, interseccionalidade, VCM e VO.

A perspectiva de gênero trabalhada aqui não diz respeito apenas às construções sociais, mas também as relações de poder e do quão a mesma se faz por meio de sua re-produção. Scott

(1990) considera gênero enquanto um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e como uma forma primária<sup>4</sup> de dar significado às relações de poder, questionando a lógica binária, normativa e hierárquica em relação aos papéis e funções designadas socialmente a homens e mulheres. A partir dessa visão ela nos propõe o seguinte:

Precisamos rejeitar o caráter fixo e permanente da oposição binária, precisamos de uma historicização e de uma desconstrução autêntica dos termos da diferença sexual. Temos que ficar mais atentas às distinções entre nosso vocabulário de análise e o material que queremos analisar. Temos que encontrar os meios (mesmo imperfeitos) de submeter, sem parar, as nossas categorias à crítica, nossas análises à autocrítica. (SCOTT, 1990, p. 18)

Dessa forma o fenômeno da violência contra as mulheres, não pode ser compreendido como algo que acontece fora de relações de poder. Segundo Saffioti (1994, p. 443), “A violência do macho contra a mulher é constitutiva da organização social de gênero no Brasil.” A violência seria, portanto, uma expressão da dominação que homens exercem sobre mulheres, no marco das relações heterossexuais, mas também pode ser pensada no contexto das relações homoafetivas. Posto que, de acordo com a teórica, o sistema de sociedade ainda vigente no Brasil, sistema de exploração-dominação, é branco, rico, macho e heterossexual e funciona como modelo para a construção das relações afetivo-sexuais entre homens e mulheres, entre mulheres e entre homens.

No entanto, pensar gênero enquanto um conceito que se dá de forma universal é pensar a partir de uma perspectiva excludente. Pois, essa categoria de análise sozinha não dá conta de toda a complexidade que envolve as relações de gênero em nossa sociedade, principalmente quando se coloca em pauta as questões raciais e a forma como elas atravessam as vivências das mulheres e homens negros numa sociedade racista. As contribuições das feministas negras são essenciais nesse e em muitos outros sentidos, visto que apontaram e denunciaram as lacunas e privilégio dos feminismos brancos e hegemônicos que, por muito tempo, generalizaram o ser mulher numa sociedade machista sem levar em conta as variáveis de raça e, por vezes classe, que afetam inúmeras mulheres. Sueli Carneiro (2003) diz que:

Em geral, a unidade na luta das mulheres em nossas sociedades não depende apenas da nossa capacidade de superar as desigualdades geradas pela histórica hegemonia

---

<sup>4</sup> Há teóricas, especialmente decoloniais, como Gomes (2018), por exemplo, que tecem uma crítica às produções de Joan Scott, com ênfase no texto “Gênero: uma categoria útil de análise histórica” (1990). Pois, compreendem que Scott hierarquiza os marcadores sociais, privilegiando o gênero em relação à cor/raça e classe social, defendendo que gênero, cor/raça, classe e outros marcadores não podem ser analisados separadamente, já que se articulam e produzem opressões diversas. Neste texto, recorreremos a Scott principalmente para destacar que o gênero não é sinônimo de mulher ou de feminino e sim um marcador importante para pensarmos as relações desiguais de poder construídas entre homens e mulheres, entre mulheres e mulheres e entre homens e homens, articulando-as também a outros determinantes sociais de saúde.

masculina, mas exige, também, a superação de ideologias complementares desse sistema de opressão, como é o caso do racismo. O racismo estabelece a inferioridade social dos segmentos negros da população em geral e das mulheres negras em particular, operando ademais como fator de divisão na luta das mulheres pelos privilégios que se instituem para as mulheres brancas. Nessa perspectiva, a luta das mulheres negras contra a opressão de gênero e de raça vem desenhando novos contornos para a ação política feminista e anti-racista, enriquecendo tanto a discussão da questão racial, como a questão de gênero na sociedade brasileira. (p.3)

Lélia Gonzalez (1983) também aponta que:

[...] enquanto mulher negra, sentimos a necessidade de aprofundar nessa reflexão, ao invés de continuarmos na reprodução e repetição dos modelos que nos eram oferecidos pelo esforço de investigação das ciências sociais. Os textos só nos falavam da mulher negra numa perspectiva sócio-econômica que elucidava uma série de problemas propostos pelas relações raciais. Mas ficava (e ficará) sempre um resto que desafiava as explicações. (p.225)

Vivemos numa sociedade cujas relações de poder desiguais estão cada vez mais escancaradas, onde se sustentam disparidades sociais que se agravam à medida que alguns marcadores se encontram. Gênero, raça, classe e sexualidade, por exemplo, são elementos constitutivos das relações sociais, o que faz primordial evidenciarmos a problemática da VCM e especificamente a VO a partir de perspectiva interseccional, a fim de compreender que os atravessamentos de opressões produzem e agravam outras violências.

Analisar as vivências de mulheres negras apenas sob a ótica de questões de gênero ou de raça é insuficiente e irrealista visto que as discriminações as quais elas são frequentemente submetidas não pertencem apenas a uma categoria ou a outra. Não se trata da soma das mesmas, mas de seus encontros e do que produzem. De acordo com Akotirene:

[...] A interseccionalidade impede aforismos matemáticos hierarquizantes ou comparativos. Em vez de somar identidades, analisa-se quais condições estruturais atravessam os corpos, quais posicionalidades reorientam significados subjetivos desses corpos, por serem experiências modeladas por e durante a interação das estruturas, repetidas vezes colonialistas, estabilizadas pela matriz de opressão, sob a forma de identidade (2018, p. 39).

Esses marcadores se apresentam como um desafio às políticas de enfrentamento à VCM, que ainda parecem não conseguir promover e garantir direitos para todas as mulheres considerando as desigualdades de raça, classe e sexualidade. Uma vez que essas desigualdades agravam a violência que mulheres negras, pobres e não cisgêneras sofrem, as estratégias de prevenção, assistência, enfrentamento, acesso e garantias de direitos propostas pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (2007), precisam também ser pensadas em perspectivas que considerem a interseccionalidade em sua aplicação.

A eliminação das disparidades raciais na saúde e a produção de respostas adequadas para a promoção de saúde das mulheres negras requerem o desenvolvimento de ações afirmativas em diferentes níveis, o que implica o estabelecimento de medidas

singularizadas, baseadas em diagnósticos aprofundados e igualmente singularizados, os quais devem fundamentar o desenho de processos, protocolos, ações e políticas específicos segundo as necessidades e singularidades de cada grupo populacional. (WERNECK, 2016, p. 545)

O acesso aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva de forma segura e de qualidade, especialmente a métodos contraceptivos e cuidados em saúde materna é um direito das mulheres garantido pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada em 2004, que traz como objetivos, por exemplo, “Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde” e “Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes” (BRASIL, p. 69. 2004), entre outros. O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) também prevê os direitos da parturiente e dispõe o seguinte:

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1990).

O Ministério da Saúde, em 1 de junho de 2000, através da Portaria 569/GM/MS, considera que “o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania” (BRASIL, 2000) e instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tem por princípios e diretrizes:

- a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
- c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;
- e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;
- f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima. (BRASIL, 2000, p. 6)

Apesar de leis, políticas, programas e organizações que buscam garantir atenção humanizada às mulheres no período gravídico/puerperal, pesquisas têm mostrado que a violência institucional e de gênero tem sido presente na atenção ao parto, o que representa um

grave problema de saúde pública no Brasil. A atenção às pessoas na gestação, parto e puerpério permanece como um desafio tanto no que se refere à qualidade, quanto aos princípios do cuidado, ainda centrado em um modelo biomédico medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático.

A Fundação Perseu Abramo realizou, em 2010, a pesquisa intitulada “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”. A pesquisa apontou que uma em cada quatro mulheres sofreu algum tipo de violência durante o parto. O termo Violência Obstétrica (VO) foi reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014, na Declaração de Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, como violação de direitos humanos das mulheres. A declaração destaca que “No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde.” (OMS, 2014, p.1).

A Venezuela foi um dos primeiros países da América Latina a adotar na lei, no ano de 2007, o termo violência obstétrica. Uma importante conquista do movimento feminista venezuelano que através da “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” (VENEZUELA, 2007) reconhece a VO enquanto um problema social, político e público. A lei venezuelana entende a VO, enquanto:

[...] 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, p. 30, 2007)

No Brasil ainda vivenciamos disputas em relação a aceitação do termo. Em maio de 2019, o Ministério da Saúde lançou um despacho onde pedia que o termo “violência obstétrica” fosse abolido. “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.” (BRASIL, 2019).

Após a Recomendação nº 29/2019 feita pelo Ministério Público (MPF/SP), o MS manifestou-se em junho de 2019, por intermédio do Ofício nº 296/2019, reconhecendo a legitimidade do uso do termo violência obstétrica. O despacho tratava-se de mais uma tentativa de invisibilizar a violência que tantas mulheres e outras pessoas com útero sofrem ao buscar auxílio obstétrico e assim reduzir as estratégias de enfrentamento. Afinal, como combater algo que sequer “existe”? Estamos diante de mais um mecanismo de invalidação das narrativas e vivências de mulheres e outras pessoas com útero que sofreram VO, uma forma de controle não só de seus corpos, mas também de seus discursos e autonomia.

A violência obstétrica se encontra entre a violência institucional e a violência de gênero, sendo exercida nos e pelos serviços de saúde, por ações e omissões direcionadas às mulheres e outras pessoas com útero que gestam e parem. Essas ações por sua vez afetam a integridade física, emocional e moral das mesmas e reforçam a naturalização da subordinação dessas pessoas na sociedade. As mulheres e outras pessoas com útero que buscam auxílio obstétrico estão expostas a diversas modalidades de violência e desrespeito, seja pela negligência na dor, pela manipulação excessiva e/ou pelos abusos verbais que podem ocorrer em qualquer etapa da gestação, parto e pós-parto, segundo a Organização Mundial de Saúde (2014).

As mulheres-mães entrevistadas relataram todo o seu processo de parto, desde o plano de parto que haviam idealizado antes de irem para a maternidade, até o parto em si. Ao serem questionadas sobre como foi a sua experiência de parir na maternidade do hospital-escola em questão, tanto Frida quanto Rosa trazem narrativas de violência, onde as expectativas em relação ao parto e à realidade são bem diferentes.

Relatos de maus tratos foram expostos pelas entrevistadas tendo se dado através de um mau atendimento pela falta de manejo da dor, antes e durante o parto, pela falta de acompanhamento e/ou negligência da equipe e por dificuldades na comunicação, onde houve uma desvalorização de suas queixas, ausência de escuta às suas opiniões e até mesmo tratamento grosseiro.

[...] “Você vai ter que sentir as dores”. Desse jeito. E aí ela até chegou a falar assim “nossa você tão bonitinha assim quer ficar com uma cicatriz de cesárea, por quê?” Num sei o que, “pois se eu fosse a médica eu não faria uma cesárea em você” (Rosa)

Aí ela... aí ela realmente gritou assim “Frida vira de barriga pra cima, agora” e aí a, e ela sentada lá no computador sabe, aí a Júlia disse “ah precisa fazer o exame agora?” Que ela encontrou uma posição confortável e tal”, ela fez um intermédio né, e aí ela levantou do computador e foi buscar uma luva né. Aí ela ficou dizendo “não, porque a enfermagem tá cheia’ a triagem, sei lá, não sei como é que eles chamam né aquele setor “tá cheio, tem não sei quantos pacientes pra ver, tem que ser agora”. Aí a Júlia disse “então vai fazer a tua triagem e a gente espera, cê vem aqui depois, não precisa fazer ela se mexer agora”. Aí ela “não, tem que ser agora”. (Frida)

Falei com todo mundo assim, tipo “eu quero analgesia”. E aí tipo, “ah, não sei se dá, não sei se pode, eu não sei se isso” sabe aquela coisa, eu não sei se dá? E nas coisas que eu tinha pesquisado e nas experiências que eu conhecia é possível sim você ter uma analgesia e continuar o parto normal né. (Frida)

Assim, eu nunca vou saber se efetivamente o anestesista não poderia fazer uma anestesia em mim na sala de parto, nunca vou saber isso, porque quem intermediou essa comunicação foi esse médico, eu também poderia ter tido a anestesia no centro cirúrgico, eu poderia ter continuado o parto no centro cirúrgico, mas isso nunca foi me oferecido como uma opção, a única opção que ele ofereceu era a cesariana. (Frida)

Porque as pessoas me diziam que eu tinha que tomar ocitocina e eu não queria tomar ocitocina sabe, eu queria descansar um pouco, eu queria anestesia sabe (risos), eu quero descansar um pouco e retomar esse negócio com um pouco mais de energia e essa possibilidade me foi negada né. (Frida)

Rosa Frida evidenciaram as várias expressões de VO a qual foram submetidas, desde a não escuta, valorização e acolhimento aos seus anseios e sentimentos e dores no processo do parto, o não uso de analgesia ao uso compulsório de ocitocina, um hormônio produzido pelas pessoas gestantes, que também é usado de modo sintético para aumentar as contrações e acelerar o parto, evidenciando a lógica da medicalização do parto e objetificação do corpo da pessoa parturiente, com destaque para as mulheres (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

É preciso reconhecer que a VO é também resultado de uma formação em saúde tecnicista, ocidental e colonizadora, bem como da precariedade do sistema, que submete as e os profissionais a condições desfavoráveis de trabalho, como por exemplo, equipes reduzidas gerando sobrecarga, falta de recursos, ausência de ações formativas, entre outras. Esses fatores se somam ao desconhecimento, a ausência da garantia de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e à imposição de valores morais por parte das e dos profissionais às pessoas gestantes e puérperas, o que por sua vez constrói um complexo mecanismo de ações violentas que muitas vezes são justificados pela afirmação de que todos os procedimentos foram realizados em prol do “bem e da saúde da mãe e da(o) bebê”.

Embora as políticas públicas que tratam da saúde materno-infantil na teoria busquem a humanização no cuidado das mulheres e de suas e seus bebês, a prática tem se mostrado diferente, parecendo focar menos no cuidado com as mulheres e mais no controle dos seus corpos como meio de cuidar da/do bebê. Realizar um debate sobre VO requer levar em consideração que, muitas vezes, os danos têm origem na manutenção de relações hierárquicas e desiguais de gênero, raça e classe, que colocam as mulheres, especialmente negras e pobres, em uma posição de subordinação.

A assistência também tem se mostrado focada na disputa entre parto normal ou cesariano sem a perspectiva da humanização, especialmente no que se refere à horizontalização das relações de poder, como Rosa nos convida a pensar:

E outra assim né, o correto seria conversar comigo, e aí você quer induzir, você quer outro procedimento, qual o melhor pra você? Né, então, assim, até falei isso pra elas que só diziam assim o bebê tá bem, o bebê tá bem e eu perguntei sim e a mãe tá bem? Não importa como eu estou, o que eu estou sentindo? (Rosa)

Então assim há casos e casos eu acho que deveria ser avaliado mais individualmente essa questão do parto normal porque sem dúvida, sem dúvida é uma melhor via né! Eu queria ter parto normal, mas assim eu queria que fosse um parto natural, não queria que fosse uma coisa forçada, que colocassem em risco a vida do meu filho. Entendeu?

Então eu acho que essa visão de “ah tem que ser parto normal” tem acabar né. Cada caso é um caso. Cada mulher, cada corpo, cada gestação é diferente. (Rosa)

Muitas mulheres utilizam como estratégia de enfrentamento à VO a cooperação, entrando em uma lógica de “se eu não fizer o que estão pedindo vai ser pior”. Assim, diante do risco de morte, sua e/ou da criança, a obediência às e aos profissionais e a renúncia às escolhas pessoais se tornam necessárias em prol do que se considera o “bem maior” – a vida. Assim, o gestar e parir deixa de ser um fenômeno protagonizado por mulheres e passa a ser uma especialidade do saber-poder centrado na equipe de saúde, especialmente na/no médica/o.

Muitas mulheres sequer reconhecem algumas práticas violentas, pois essas são tidas como comuns no processo de parturição, a episiotomia é uma delas. Parir é socialmente entendido como um processo doloroso, onde as mulheres têm que sofrer, de forma que reconhecer o que é VO e o que faz parte do parir não é possível para muitas.

Outras utilizam como ferramenta o conhecimento que adquirem a partir dos estudos que fizeram durante a gestação. Informações recebidas no pré-natal e de outras fontes, como a internet, se mostram fundamentais para que as pessoas gestantes e parturientes conheçam e reconheçam condutas adequadas e inadequadas e demandem por uma assistência segura e de qualidade. No entanto, a compreensão e o conhecimento dos direitos das pessoas parturientes não necessariamente garantem um parto sem violência:

[...] é muito desconfortável e eu não quero fazer esse exame de novo. Aí ela disse: “ah, mas aí você vai estar colocando a vida do seu bebê em risco”. Aquela velha história né? [...] Aí eu lembro que eu tava falando com as meninas né, tipo: “tá eu tenho que fazer esse exame né”, tipo: não tenho como não fazer esse exame de novo né, tipo ela tá dizendo que eu tô botando minha filha em risco, que jeito eu tenho de não fazer? Não é uma coisa que tu argumenta contra, né? (Frida)

[...] aí eu coloquei na cabeça que eu tinha que colaborar pra tentar acelerar esse trabalho pra ver se o bebê nascia entendeu, porque eu só ficava naquela: “meu Deus, não vai nascer nunca, entendeu? E aí cheguei até um momento a começar a gritar: eu vou perder meu bebê, num nasce, eu vou perder meu bebê. (Rosa)

[...] então mesmo a pessoa esclarecida num momento como esse não tem o que você fazer porque assim... quanto mais você questiona, pode ser que piore, porque pode ser que o atendimento piore né, então é isso.” (Rosa)

A possibilidade de colocar a/o bebê em risco costuma ser usada para tornar as mulheres obedientes, o medo de prejudicar a filha ou filho faz com se torne mais difícil negar a submissão a alguma prática, uso de medicamento, entre outros. As usuárias têm muitas vezes dificuldade em criticar o serviço de saúde e as/os profissionais que as atenderam, pois tendem a se sentirem

gratas e aliviadas pela/o bebê ter nascido e ser saudável, o que compensa qualquer mau tratamento que possam ter recebido:

O bebê, via de regra, é considerado o produto mais importante de todo esse processo, e o discurso do risco é utilizado para tornar as gestantes submetidas às orientações médicas. Na percepção dos profissionais, a usuária parece querer impor seus interesses acima do bem-estar do bebê, porém, o medo de morrer ou de perder o filho acompanha a maioria delas neste momento e é a base para a dependência da autoridade médica. (SENS; STANM, 2019, p. 10)

No cenário da maternidade hospitalar, a violência é normatizada a partir das relações de poder estabelecidas entre profissionais de saúde e mulheres usuárias, sejam essas e esses profissionais mulheres ou homens e, dessa forma, são empregadas no processo de parturição como tentativas de dominação do corpo feminino, a violência física, verbal e a privação do direito de escolha.

Muitas mulheres se queixam do tratamento recebido por enfermeiras e médicas, pois esperavam que, essas, pudessem ser mais empáticas ao que estavam passando, por serem também mulheres. No entanto, é preciso levar em consideração que embora sejam iguais no gênero, são desiguais na relação de poder profissional/paciente-usuária.

[...] não é só o médico que se sente Deus. E tipo, as enfermeiras também às vezes pisam na bola legal, técnicos juntos, porque estão acostumados a estar nesse lugar de autoridade sobre o corpo das pessoas sem que elas possam questionar, querer saber, perguntar. “Você não pode nos questionar, você não pode perguntar como é que as coisas funcionam, você não pode não querer ser examinada na hora que a gente quer examinar” (Frida)

Não perguntaram pra ela se ela queria e se perguntaram foi tipo “eu acho que você tem que fazer”, que é essa famosa opinião médica né, que não é... ela não é dada com nenhum tipo de dúvida né, não se permite a dúvida, não se permite falar em evidências também né na hora do atendimento, porque duvido que alguém escolheria a episiotomia se soubesse da outra, das outras... das outras variáveis né. Tipo “ah você pode escolher a episiotomia, mas há a evidência que uma laceração pode ser menor, pode não acontecer, não tem como prever”. Mas não, “a gente vai fazer uma episiotomia em você pra o bebê sair mais rápido né e pronto, resolveu”. (Frida)

[...] ela ficou com umas piadinhas falou que aqui era SUS: “aqui é SUS, a pessoa num pode escolher não”. (Rosa)

[...] foi uma enfermeira, essa é a fase que a gente chama de covardia que a mãe se acovarda. Aí eu disse: “é se eu tivesse no seu lugar eu poderia estar dizendo a mesma coisa, mas você não sabe o que eu estou sentindo não é?” Então assim, foi muito complicado, foi muito difícil. (Rosa)

O marcador de gênero aparece nas falas das usuárias, principalmente numa demarcação do que se esperava de seus comportamentos, ações e reações. Abrimos um parêntesis para ressaltar que as usuárias eram brancas, cor/raça privilegiada no acesso aos direitos no nosso país. Se fossem mulheres negras, homens trans, mulheres lésbicas, possivelmente outras opressões se somariam e/ou se intensificariam nesse contexto. Pois, o racismo institucional

favorece que os corpos brancos, mesmo que femininos, ainda gozem de algum privilégio no modo de serem cuidados, como apontam Emanuelle Freitas Goes e Enilda Rosendo do Nascimento (2013), Jurema Werneck (2016) e outras estudiosas negras.

O sexismo e padrões de gênero parecem re-produzidos no modo que Frida e Rosa eram “cuidadas” pela equipe. As usuárias identificaram a expectativa, por parte das/os profissionais, de que elas, por serem mulheres, deveriam se “comportar” durante o parto:

[...] a técnica olhou pra ela assim “não, isso daí não é normal, não é todo mundo que faz isso”, aí eu olhei pra ela e disse assim “uai, não é normal por que?”, é normal, cada mulher parir de um jeito. Então, cê vê que tem uma expectativa de que você fique quieta na sua cama, que você não saia, que você não faça nada, e que é daquele jeito que cê vai ter que parir, né. (Frida)

Ele nem me deu boa noite, assim, ele só veio me dizer que... Que a gente ia interromper a gravidez porque a minha pressão tava muito alta. Aí eu olhei pra ele e disse “não, a gente não vai” (risos). Aí eu acho que ele deu um pulo pra trás, não tava acostumado com alguém falar alguma coisa, né, aí eu disse “não, vou falar com a minha obstetra primeiro”. (Frida)

Eu fui com ele pra sala dele, né, e... Aí eu deitei na, na cama, aí ele fez a ausculta, tava tudo normal, e aí ele me, me disse pra tirar a calcinha e fazer o exame do toque, aí eu expliquei que não achava necessário, aí... Ele ficou em choque mais uma vez, né, (risos). Aí ele olhou pra mim e disse “tá tendo contração”, aí eu olhei pra ele e disse assim: “acho que não”, não tava sentindo absolutamente nada, não tinha nada acontecendo”. Aí ele veio me dizer que ele fazia parto normal, que não era pra eu me preocupar, que... Ele... Que a pressão alta era muito grave, que ficava colocando em risco a vida da minha filha e tal, e... E tentou me convencer a coisa do, do exame de toque, e eu disse que não ia fazer, não achava necessário. (Frida)

[...] aí tu vê como eles não estão acostumados a discutir qualquer coisa com os pacientes né, tipo tu te impõe de alguma maneira, tipo eles vão embora e preferem esquecer o que é seguro, o que é o procedimento, o que é né todo o resto... (Frida)

Eu perguntei sobre o remédio que eu tava tomando assim e aí tu vê que as pessoas estranham, tipo “por que tu tá perguntando? tipo, eu posso tomar isso? Tem certeza que eu posso tomar esse remédio? Não é muito forte? Como você tá perguntando?!” E tipo a resposta é: “não, todas as grávidas tomam”, mas tipo bom, mas eu não sou toda grávida, eu quero saber o que é isso sabe? Eu quero entender por que eu tô tomando esse negócio (Frida)

Mas assim chega na hora você não tem nem o que questionar porque assim você num tem conhecimento de medicina, então se você questiona, assim, não doutora, não precisa fazer uma ultrassom? E ela diz que não, você vai dizer o que? É né, ela vai dizer a médica sou eu, então mesmo a pessoa esclarecida num momento como esse não tem o que você fazer porque assim, quanto mais você questiona pode ser que piore, porque pode ser que o atendimento piore né, então é isso. (Rosa)

Identificamos que existe uma necessidade de controlar e restringir esses corpos, já que a obediência é uma qualidade esperada das mulheres, especialmente quando estão como pacientes-usuárias, e quando não acontece, fere as relações hierárquicas podendo ser de gênero, classe social, entre outras, principalmente ao contestar a autoridade da/o profissional, dando valor ao próprio saber. O direito de escolha e de protagonização do processo de parturição pode

ser entendido como uma provocação, e assim predispor à negligência por parte da equipe, muitas vezes não preparada para lidar com o direito que as mulheres-pessoas gestantes têm de contestar e recusar certas práticas. O questionamento do saber-poder-fazer biomédico parece assustar e desafiar o tecnicismo empregado e impregnado no espaço hospitalar.

Muitas mulheres têm à presença da/do acompanhante da própria escolha negada e desconhecem que o companheiro e/ou pai da/do bebê possa exercer esse papel, ainda que haja a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante, de sua escolha, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS. Para além disso, existe ainda a falta de informações às mulheres sobre os diferentes procedimentos que são executados durante o parto, realização de cesáreas desnecessárias por conveniência da equipe, privação do direito à alimentação e à deambulação, exames vaginais rotineiros e repetitivos sem justificativa, todos realizados como formas de controle desses corpos. O corpo da mulher é visto como de domínio público onde todas(os) podem tocar e manejar como bem quiserem, a mulher grávida não está isenta desse processo.

Partindo de uma análise interseccional é importante salientar que mulheres negras e pobres estão mais sujeitas a sofrerem VO. Essas são estigmatizadas e vítimas de um racismo estrutural que nos ensina que mulheres negras são mais resistentes à dor e assim não necessitam de analgesia, por exemplo. As mulheres negras e pobres ainda são as maiores vítimas de morte materna no Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico nº 20 (MS, 2020), mulheres negras e pardas totalizaram 65% dos óbitos maternos entre os anos de 1990 a 2018. Os altos índices estão relacionados ao acesso e à qualidade do pré-natal, as complicações associadas à assistência ao parto e à discriminação étnico-racial que, no Brasil, ainda determinam o tratamento que as mulheres negras recebem.

Assim, mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro. (DINIZ et al, 2015, p. 4)

É necessário também refletir a subnotificação de casos de violência contra mulheres negras e de forma geral os registros das mesmas nas maternidades e no sistema de saúde como um todo, assim como nos aponta Sueli Carneiro.

Fazemos parte de um contingente de mulheres ignoradas pelo sistema de saúde na sua especialidade, porque o mito da democracia racial presente em todas nós torna desnecessário o registro da cor dos pacientes nos formulários da rede pública, informação que seria indispensável para avaliarmos as condições de saúde das mulheres negras no Brasil, pois sabemos, por dados de outros países, que as mulheres brancas e negras apresentam diferenças significativas em termos de saúde. (CARNEIRO, 2018, p. 198)

Ainda que as entrevistadas não tragam em seus relatos de parto, questões relacionadas à raça durante sua passagem pela maternidade do hospital-escola em que foram usuárias, não significa que elas não existam nesse espaço e sim que o fato de serem mulheres brancas as resguardou de sofrerem uma forma de violência ainda mais intensa. Pois, no caso de mulheres negras, o sexismo e o racismo estão na base da VO, que se intersecciona com outros meios de subordinação.

### **Considerações**

O debate sobre violência obstétrica no Brasil tem se dado em um ambiente de disputas, em que o simples uso do termo tem sido frequentemente alvo de ataques. Esse fenômeno vem sendo invisibilizado por órgãos governamentais que deveriam fomentar seu enfrentamento, de forma que as mulheres e outras pessoas com útero seguem cada vez mais passíveis de sofrerem esse tipo de violência e serem silenciadas e até responsabilizadas pelo ocorrido.

É importante ressaltar que a maternidade é um direito e não um dever e, como tal, pode ser exercido (ou não) em suas diversas possibilidades, sejam essas mulheres negras, pobres, lésbicas, solteiras, com deficiências, entre outras. Esse processo deve ser permeado pelo respeito, de modo que é necessário pensarmos a VO a partir de uma perspectiva interseccional que busque problematizar questões de gênero, raça e classe no acompanhamento pré-natal e nas maternidades brasileiras a fim de oferecer práticas de cuidado integrais, baseadas na equidade e na humanização.

As mulheres aqui entrevistadas reconhecem o desrespeito, maus tratos, negligência e tratamento grosseiro como violência, o que não é a realidade de muitas mulheres que recorrem às maternidades brasileiras e que não conseguem nomear a VO e tão pouco reconhecê-la. As falas das entrevistadas evidenciam a importância de se discutir as relações de poder que atravessam o cuidado com as mulheres, bem como o modelo de atenção público e privado. Ainda que se fale muito sobre humanização, identificamos um movimento muito mais voltado para a dicotomia parto normal x cesárea, deixando de lado o protagonismo das mulheres nesse processo e o respeito aos seus direitos básicos.

Compreendo que a ausência na discussão de questões étnico raciais pode se dar por sermos uma sociedade racista e nos construirmos e perpetuarmos nessa lógica, de modo que nosso olhar, não raramente, se distancia de observar práticas racistas, principalmente aquelas

que não são direcionadas a nós, enquanto pessoas brancas, ou a quem nos é próximo. É nessa lógica que produções que pensam esse e outros fenômenos a partir de uma perspectiva interseccional se fazem necessárias, pois não devemos, de forma alguma, naturalizar práticas racistas.

Os movimentos de mulheres, especialmente de mulheres negras, e os movimentos feministas têm sido fundamentais na denúncia e reivindicação de políticas públicas que garantam a humanização do parto e nascimento. As feministas negras vêm propondo pautas que abordem a justiça reprodutiva, pensando desde a esterilização compulsória, criminalização do aborto, acesso à creche até a violência obstétrica. O conceito de justiça reprodutiva, criado pelas mulheres negras, também merece ser pontuado como potente na construção desse debate, pois considera que a saúde sexual e reprodutiva precisa ser pautada pela justiça social, que abrange todas as pessoas, trans, em situação de rua, os homens negros etc.

É necessário, também, pontuar que a pandemia de covid-19 aumentou os índices de mortalidade materna e exacerbou outros fenômenos como a VO. De acordo como Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOBr Covid-19), os óbitos maternos em 2021 superaram o número notificado em 2020, esse aumento não se justifica apenas no despreparo dos serviços e equipes de saúde para lidar com uma crise dessa magnitude, mas também na inexistência de mecanismos voltados para o cuidado intensivo de pessoas gestantes e puérperas no Brasil, como por exemplo, leitos de UTI reservados para essas pessoas, o que ocorre devido a falta de investimentos e atenção especializada para essa área.

Discutir violência contra as mulheres, especificamente VO, me gera afetações para além do absurdo que é o fato de mulheres ainda serem vítimas, em pleno século XXI, me afeta enquanto mulher que está passível de sofrer essa violência, de ver e ouvir as mulheres ao meu redor sofrerem e, sequer, saberem e/ou poderem nomeá-la. Essa temática me mobiliza a refletir e buscar formas de enfrentamento a essas violências e a produção acadêmica se mostrou como um desses meios.

Diante de tudo que foi destacado, espero que essa pesquisa contribua, por um lado, com a sensibilização das e dos profissionais da saúde (incluindo discentes, futuras/os profissionais, e docentes). E, por outro, visibilize a importância de considerarmos as questões e articulações interseccionais entre gênero, cor/raça, sexualidade, classe e VO no processo de trabalho em saúde e na formação profissional, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde. Uma vez que considero imprescindível o compromisso das instituições de formação e o fomento à criação e fortalecimento dos espaços de educação permanente em saúde para as e os

profissionais de saúde e gestoras e gestores, transformando e humanizando a assistência e cuidado em saúde ofertado à população como um todo, especialmente no enfrentamento a práticas violentas nos serviços de saúde.

## Referências

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo. Pólen, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Processo nº 25000.063808/2019-47, despacho. Diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Marcio Henrique de Oliveira Garcia. 03 de maio de 2019. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-10.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Processo nº 25000.063808/2019-47, **Ofício nº 296/2019**. Secretário de Atenção Primária à Saúde: Erno Harzheim. 07 de junho de 2019. Disponível em: <https://mpf.jusbrasil.com.br/noticias/719478851/apos-recomendacao-do-mpf-ministerio-da-saude-reconhece-liberdade-do-uso-do-termo-violencia-obstetrica>. Acesso em: 09 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº569/GM/MS de 01 de junho de 2000**. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 10 de mar. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher-pnaism>. Acesso em: 10 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da União. ano 1990, Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm). Acesso em: 6 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Nº 20. Volume 51**, Maio/2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020>. Acesso em: 23 ago. 2021.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949.

CARNEIRO, Sueli. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. **Racismos contemporâneos**. Rio de Janeiro: Takano Editora, v. 49, p. 49-58, 2003. Disponível em: <https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2021/04/CARNEIRO-2013-Enegrecer-o-feminismo.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2022.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, p. 117-133, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/Zs869RQTMGGDj586JD7nr6k/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 jul. 2022.

CARNIEL, Francieli; VITAL, Durcelene da Silva; SOUZA, Tiago Del Piero de. Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. **J. nurs. Health**, v. 9, n. 2, 2019, p. 1-18.

Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047273/9.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2022.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Paula Galdino Cardin de; 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**, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 dez. 2021.

EVARISTO, Conceição. **Poemas da recordação e outros movimentos**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Malê, 2017.

FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; LACERDA, Lucas; RODRIGUES, Agatha Sacramento. Obstetric Observatory BRAZIL - COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services. **Clinics**, v. 76 p. 1-4, 2021. Disponível em: [https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid\\_gesta\\_puerp\\_br/](https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/). Acesso em: 06 jul. 2022.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. **Pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado 2010**. São Paulo, 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-no-espacos-publico-e-privado-2010>. Acesso em: 09 nov. 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da Violência**. Rio de Janeiro: FBSP/IPEA, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>. Acesso em: 15 jul. 2021.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da Violência**. Rio de Janeiro: FBSP/IPEA, 2021. <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>. Disponível em Acesso em: 23 mai. 2022.

GIACOMINI, Sonia Maria; HIRSCH, Olívia Nogueira. Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe. **Rev Estud Fem.**, v. 28, n.1, 2020, p. 1-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/pr6t6CkMxPyxhQL9BfCTW4P/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2022.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 571-579, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SwJT5SHMYty6dhTYvsGg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jul. 2022.

GOMES, Camilla de Magalhães. Gênero como categoria de análise decolonial. **Civitas**, v. 18, n. 1, p. 65-82, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/civitas/a/bRTKvzGxYtDbtrFyLm5JNj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jul. 2022.

GONZALEZ, LÉLIA. Racismo e sexismo na cultura Brasileira. In: SILVA, Luiz Antônio. **Movimentos sociais urbanos, minorias étnicas e outros estudos**. Brasília, DF: Anpocs, p. 223-244, 1983. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/pdf/j.ctvnp0k3f.28.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2022.

HARAWAY, Donna. SABERES LOCALIZADOS: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n. 5, p. 7-41, 1995. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773/1828>. Acesso em: 15 jul. 2020.

HOOKS, bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. 1 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, ciência, saúde-Manguinhos**, v. 25, n.4, p. 979-988, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/75xJNDnKttfZThz4QWLJ44R/?lang=pt>. Acesso em: 14 jul. 2022.

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](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf). Acesso em: 12 ago. 2021.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educ. Realid.**, v. 2, n. 16, p. 5-22, 1990. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/educacaoe realidade/article/view/>. Acesso em: 16 jul. 2020.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1-16, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100255&tlng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100255&tlng=p). Acesso em: 19 jun. 2022.

THEOPHILO, Rebeca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Everton Luis. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MsvQjnbsTvS3cSvvrqyyCCz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2022.

VENEZUELA. Lei nº 38.668 23 de 2017. **Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência**. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2020.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p.535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2022.