

**PERCEÇÃO SOCIAL DE MÃES INTERNACIONAIS DA UNILAB SOBRE A
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE A VIVÊNCIA DE SEU PARTO.
SOCIAL PERCEPTION OF INTERNATIONAL MOTHERS FROM UNILAB ON
OBSTETRIC VIOLENCE DURING THE EXPERIENCE OF THEIR BIRTH.**

Neurina Anastácia Manuel Francisco¹

Camila Chaves Da Costa²

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção social de mães internacionais da Unilab sobre a violência obstétrica. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, de natureza exploratória, em um método qualitativo, relatados numa entrevista por 20 mulheres que vivenciaram o seu parto, e a coleta foi realizada no mês de junho. Resultados: A análise dos dados permitiu a construção de uma categoria temática, intitulada “Caracterização de violência obstétrica durante a assistência ao parto”, que serão compostas pelas respectivas subcategorias: 1) Negligência da assistência multiprofissional diante de queixas de dor, falta de orientação, falta de informação; 2) Classificação dos tipos de violência obstétrica (verbal, física); 3) Justificativa das vias de parto; 4) Intervenções realizadas (episiotomia, episiorrafia, excessos de toques vaginais, indução com ocitocina); 5) Realização dos cuidados íntimos; 6) Direito ao acompanhante. Diante do relato das participantes, evidenciou-se sentimentos de tristeza, raiva, solidão, humilhação e mágoa, durante um dos momentos mais singulares de suas vidas, deixando lembranças ruins, referentes a assistência e práticas recebidas durante o processo parturitivo. Considerações finais: Observou-se que cada mulher passou por diversas formas de violência, desde assistência negativa, a restrição de orientação e informações esclarecedoras, a limitação do não acompanhante de livre escolha e intervenções desnecessárias

¹ ¹ Discente do curso bacharelado em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB

² ² Docente do curso bacharelado em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB

Descritores: Violência obstétrica, assistência, enfermagem.

ABSTRAT

Objective: To understand the social perception of mothers international mothers from Unilab about obstetric violence. **Methodology:** This is a descriptive, exploratory study using a qualitative method, reported in an interview by 20 women who experienced childbirth, and the collection was carried ou in the month of June. **Results:**Data analysis allowed the construction of two thematic categories, entitled “Characterization of obstetric violence during childbirth care”, which will be composed by the respective subcategories:1) Negligence of multidisciplinary assistance in the face of pain complaints, lack of guidance, lack of information; 2) Classification of types of obstetric violence (verbal, physical); 3) Justification of the ways of delivery; 4) Interventions performed (episiotomy, episiorrhaphy, excessive vaginal touches, induction with oxytocin); 5) Performance of intimate care; 6) Right to a companion. In view of the participants' reports, feelings of sadness, anger, loneliness, humiliation and hurt were evident during one of the most unique moments of their lives, leaving bad memories regarding the assistance and practices received during the parturition process. **Final Considerations:** It was observed that each woman went through different forms of violence, from negative assistance, restriction of guidance and clarifying information, limitation of the non-accompanying person of free choice and unnecessary interventions.

Descriptors: Obstetric violence, assistance, Nursing.

1 INTRODUÇÃO

Durante a vivência do processo parturitivo, muitas vezes a mulher pode apresentar-se insegura, com medo, baseando-se em crença, cultura e vivencias anteriores mascaradas por violência obstétrica, impedindo a autonomia da mulher com relação a vivenciar o seu ciclo gravídico-puerperal como um processo fisiológico.

Embora não exista uma definição fechada para o termo violência obstétrica, mas sim definições complementares apresentadas por diferentes organizações e governos, o termo

surgiu na América latina com os movimentos sociais em defesa do nascimento humanizado (OLIVEIRA, 2018) e é utilizado oficialmente em textos na legislação de pelo menos três países latino-americanos. O primeiro a aprovar uma lei que inclui o uso do termo foi a Venezuela, seguindo-se a Argentina e, logo depois o México (JASSEN, 2019).

Legalmente definida na Venezuela em 2017, entende-se a violência obstétrica, como sendo a apropriação indevida do corpo da mulher por parte do profissional de saúde, expressa por um tratamento desumano e pela patologização dos processos naturais do parto, resultando na perda da autonomia da mulher e incapacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade (PAULA et al., 2020).

Este termo indica diversos tipos de comportamentos percebidos pelo sujeito passivo (mulheres) como agressivos ou atentatórios contra sua dignidade, caracterizados em geral como condutas e tratamentos violentos às gestantes, seja no pré-natal, no parto ou no pós-parto (OLIVEIRA, 2018). O surgimento da violência obstétrica deu-se a partir do movimento social em prol do parto humanizado no Brasil, para designar práticas dentro dos sistemas de saúde e do atendimento às gestantes durante o parto e puerpério que podem ser classificadas como violências morais, físicas, psicológicas e patrimoniais (MARQUES, 2020).

Salienta-se que este cenário desencadeia impactos negativos na saúde da mulher feminina e reitera uma assimetria da relação médico-paciente e com isso pode se observar formas, desde a negligência na assistência, negativa dos direitos como o de ter acompanhante em todo o processo parturitivo, negativa de informações esclarecedoras de diagnósticos, até as agressões verbais (OLIVEIRA et al., 2017).

Essas imprecisões conceituais sobre a violência obstétrica inclusive em termos legais, inviabilizam a criminalização desse tipo de violência a despeito de evidência de sua prática (ZANARDO et al., 2017). Isso porque reflete na exposição do profissional que realizou a assistência ao parto.

Entretanto a OMS emite uma declaração citada como “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, ou seja, mundialmente as mulheres na sua maioria são atendidas de forma violenta. E este tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, a saúde, a integridade física e a não-discriminação. Avalia-se também, que o perfil epidemiológico das mulheres vítimas de violência obstétrica tem relação com questões socioeconômicas, físicas e culturais (RIBEIRO et al., 2021).

No Brasil, as mulheres que mais sofrem com a violência obstétrica são mulheres negras, jovens e pobres, onde as mulheres negras são submetidas a violências de maior sofrimento, como episiotomia sem anestesia, demora em atendimento, submissão a determinadas intervenções sem seu consentimento como é o caso da esterilização, e o tratamento vexatório (SOUSA, 2022).

Sabe-se que as mulheres negras são marcadas por acentuadas iniquidades que remontam a um contexto histórico de opressão e de negação, seja de elementos, materiais, questões simbólicas, inclusive no que tange aos direitos reprodutivos e ao período gravídico puerperal (LIMA, 2018). As mulheres negras constituem o maior percentual entre as vítimas de violência obstétrica, assim estas são negligenciadas no atendimento, ou recebem menor analgesia em procedimentos dolorosos e são maiores vítimas de mortalidade materna (VAZ, 2019).

Inclusive os profissionais também reproduzem a violência de gênero contra outras mulheres por meio de um tratamento rude e humilhante, principalmente mulheres pobres, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, profissionais do sexo, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento, as quais estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro (WHO, 2018). Outra forma também vista no Brasil que devido a isso é considerado o segundo país no mundo que realiza violência obstétrica, é o elevado percentual de cesarianas, enquanto a OMS estabelece em até 15% a proporção de nascimentos por cesariana, o percentual brasileiro é de 57% (UNICEF, 2017).

Em 03 de Maio de 2019, o Ministério da Saúde do Brasil-MS em sinal de um novo atendimento político por parte do então recém-empossado do governo, exarou um despacho no qual se posicionou oficialmente a respeito da utilização da expressão "violência obstétrica". afirmou que seu uso "tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no "continuum" gestação-parto-puerpério (BRASIL, 2019). Essa expressão é vista como pontos negativos para os profissionais de saúde questionando-se sobre a qualificação da assistência, do cuidado e o tratamento da mulher durante o seu parto, expondo sua avaliação sobre o seu embasamento científico e o humanizado.

Com isso resultou-se então políticas Públicas de Atenção ao Parto e Nascimento que descrevem a assistência de saúde centrada na mulher, com diminuição de intervenções desnecessárias, valorizando o protagonismo e autonomia da mulher na parturição (MAGALHÃES, 2019), seguiu-se também o programa de humanização no pré-natal e nascimento que foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) através da portaria/GM n.569, de

1/6 2000. Numa publicação oficial de 2017, foi reforçado que mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisão (BRASIL, 2017).

Segue-se a implementação de estratégia da rede cegonha com objetivo de aperfeiçoar a atenção obstétrica que se traduz em um acolhimento e classificação de risco na maternidade de referência em que a mulher está vinculada desde a atenção básica, isso permite a garantia de atendimento, mas torna necessário o envolvimento e a sensibilização do profissional de saúde, no exercício da sua empatia, para o cuidado obstétrico voltado para ética (MAGALHÃES, 2019).

Acredita-se que essas situações de violência obstétrica podem ser devido a precariedade do próprio sistema de saúde, seja o acesso ao atendimento, às informações, a comunicação e a restrição dos direitos humanos da mulher na percepção da saúde pública. Embora cada região possa demonstrar situações mais precária que outras, pode ser notório a fragilidade da mulher no seu tratamento.

Segundo alguns relatos de mulheres vítimas de violência obstétrica, referiram sofrer danos morais caso alegassem ‘queixas de dor’ impedindo assim suas emoções e oprimindo suas opiniões. As participantes apontaram a falta de acolhimento como sinal de desrespeito à parturiente dentro das maternidades, o que é considerado um tipo de violência obstétrica (PAULA et al., 2020). Neste caso o desconhecimento e o desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos, além dos direitos humanos da mulher, possibilitam a imposição de normas e valores morais depreciativos, levados a efeitos por alguns profissionais de saúde (OLIVEIRA et al., 2017).

O profissional de saúde deve resguardar o respeito à mulher no campo do parto e nascimento como o direito a um cuidado de qualidade que atenda às suas necessidades e suas compreensões como pessoa humana, englobando os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais (PAULA et al., 2020). Deve ser um cuidado seguro, integral, empático e ético, que perpetua o respeito nessa relação de cuidado, não configurando situações propensas a violência obstétrica, visto que quando esse processo empático com o outro não se dá, ocorre uma violência eminente contra a figura feminina no campo do cuidado e com relação ao desrespeito na forma como se dá a abordagem a ela, a sua vontade e ao tratamento humanizado (MAGALHÃES, 2019).

Com isso o combate da violência obstétrica pelos profissionais da enfermagem é importante tanto no seu desempenho profissional como no aperfeiçoamento do modelo do cuidado no trabalho de parto e pós-parto de forma humanizada, visto que são profissionais que estão mais próximos das parturientes.

Sabe-se que ainda prevalece muitas dificuldades na atuação do enfermeiro seja nos limites impostos, seja pelas estruturas físicas encontradas nas maternidades atualmente e/ou rotinas hospitalares e culturas centrada nos médicos (ISMAEL et al., 2020). Entretanto faz-se necessária a aquisição de profissionais qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, que recebam a mulher com respeito, ética e dignidade, além de poder incentivá-la a exercer a sua autonomia no resgate do seu papel ativo no processo parturitivo, como também ser protagonista de sua vida e repudiar qualquer tipo de discriminação e violência que possa comprometer os seus direitos de mulher e cidadã (ISMAEL et al., 2020).

Deste modo é importante também que a atuação do enfermeiro obstétrico seja pautada em um atendimento humanizado como forma de melhoria no serviço qualificado e humanístico, ambos capazes de contribuir para uma reflexão positiva para a mulher, ratificando na sua abordagem explicativa a contribuição do enfermeiro no pré-natal, a fim de reduzir o risco de complicações no parto, incentivando a busca do reconhecimento judicial da mulher pela escolha do parto, além dos direitos de não ser lesionada por manobras desnecessárias, de estar acompanhada por uma pessoa de sua escolha e de ter esclarecimento quanto aos procedimentos (ALVARES et al., 2018).

No contexto africano subsaariano, foi apontado mais de cinquenta por cento (50%) de mortalidade materna e o seu progresso ao longo dos anos é quase imperceptível (WHO, 2018). Essa percentagem é relacionada também ao saneamento básico derivado de doenças tropicais como a malária, complicações durante o parto, falta de assistência e acesso aos serviços de saúde.

Isso permeia comportamentos discriminatórios, preconceitos, ações ou omissões que viabiliza não só a violência obstétrica como também a violação dos direitos humano. Destacando a importância da criação e implementação de políticas públicas voltadas para essas mulheres com relação a melhores assistências e a percepção do exercício dos profissionais baseados a partir da humanização. Alguns países Lusófonos localizados no continente africano como: Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe, demonstraram que algumas mulheres ainda são alvos de violências obstétricas, apesar de apresentar poucas

pesquisas sobre o tema nesses países, porém podem ser evidenciadas a partir das políticas públicas sobre a saúde materna.

Iniciando pela política nacional de saúde sexual e reprodutiva em Angola, visa promover uma saúde sexual e reprodutiva integrada, sustentável e acessível a todas as mulheres, adolescentes e adultas, de acordo com várias diretrizes internacionais. Recomenda-se quatro consultas pré-natais no mínimo, durante a gravidez sob a supervisão de um profissional qualificado e atenção ao parto, ao recém-nascido e a criança (ANGOLA, 2015).

Já as políticas de saúde em Moçambique são pautadas numa visão monolítica de humanização dos cuidados. Talvez esteja associado a um registro ineficiente e a indisponibilidade de dados a nível nacional sobre o parto e a cesárea e, também com a falta de interesse acadêmico e estudos que problematizem a intervenção médica. Investigações de saúde e demografia conduzidas pelo instituto nacional de estatística de Moçambique (INE) e pelo MISSAU não tem informação relacionada a temática (AUHIMUA e GOVE, 2022).

Quanto ao país São Tomé e Príncipe, ele dispõe somente das políticas públicas nacionais voltadas a saúde materna, incluindo o planejamento familiar, as quais funcionam de forma integrada com o programa nacional de vacinação e saúde infantil (SÃO TOMÉ, 2018). Essas políticas têm como premissa, garantir o desenvolvimento e a aplicação do atendimento integrado à mulher, para uma melhoria da qualidade da assistência, oferecendo de forma contínua, uma variedade completa de serviços de saúde sexual e reprodutiva, pré-natal, vacinação, cuidados obstétricos de emergência, assistência ao parto e cuidados no pós-parto.

Apesar de não serem encontradas pesquisas científicas que permitem o aprofundamento das políticas públicas dos países citados, somente Angola e São Tomé e Príncipe descreveram sobre o acompanhamento do cuidado na saúde materna. De uma forma geral as políticas públicas desses países focam na saúde da mulher, sem detalhar como se dá a assistência ao parto e nascimento. Além disso, verifica-se que muitas de suas ações são baseadas nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU) e não propriamente de uma política nacional.

Diante do exposto, verifica-se que a violência obstétrica contribui como um fator de risco para a saúde da mulher, transformando-se num processo de desumanização e isso torna-se preocupante porque é a fragilidade da mulher durante o parto, exposta a procedimentos invasivos, dores, temores e como consequências, traumas ou danos físicos/psicológicos.

Verifica-se também a falta de empoderamento das gestantes sobre os seus direitos durante o seu período gestacional até o puerperal e isso torna-lhes passivas na condução do processo parturitivo.

Diante disso, há necessidade de aprofundar estudos e reflexões sobre a temática afim de elaborar estratégias que ajudará na promoção da saúde, aprimorando na qualidade assistencial e no cuidado humanizado, que significa colocar a mulher no centro das decisões do seu parto, a fim de promover a autonomia, ser informada sobre as intervenções a serem realizadas, diminuir o excesso de intervenções e promover uma assistência baseada em evidências.

Entendendo o parto como um evento complexo que evoca as mais diversas representações, torna-se relevante compreender qual a percepção de mulheres negras e internacionais da Unilab quanto à violência obstétrica, tentando identificar o perfil dessas mulheres, as lacunas existentes na assistência ao parto e nascimento dessas mulheres e o contexto da violência obstétrica na sua assistência por meio de seus relatos.

Diante disso, o presente estudo objetivou compreender a percepção social de mães internacionais da Unilab sobre a violência obstétrica.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza exploratória, em um método qualitativo sobre os relatos vivenciados pelas mulheres durante o seu parto. É de caráter qualitativo pois demonstra a importância da pesquisadora sobre a interpretação e compreensão do fenômeno.

A pesquisa qualitativa trata de questões relacionadas ao universo dos significados, das crenças, dos valores e das atitudes, em busca de uma compreensão particular e o aprofundamento no que se estuda, focando sua atenção para o específico, individual, àquilo que aspira a compreensão dos fenômenos estudados que somente surgem quando situados (OLIVEIRA, 2018).

No entanto o estudo descritivo busca conhecer as diversas situações e relações que sucedem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo como de grupos e comunidades mais complexa (RODRIGUES, 2014) ou seja, desenvolve-se principalmente nas ciências humanas e sociais, abordando aqueles dados e problemas que merecem ser estudados.

De tal modo que abordagem exploratória, se apoia em princípios que permitem elaborar uma pesquisa mais consistente quando realizada a partir do conhecido, busca sempre ampliar o conhecimento e busca respostas coerentes a partir de formulação de perguntas adequadamente orientadas (OLIVEIRA, 2018).

O local deste estudo foi realizado na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) que é uma instituição de ensino superior pública federal brasileira voltada também aos países da África, sobretudo aos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) como: Angola, Cabo-Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe, mas inclui também Timor-Leste e Macau (países da Ásia).

Foi criada com objetivo de formar recursos humanos para desenvolver a integração entre o Brasil e os demais países da comunidade da língua portuguesa atendendo 5004 estudantes de graduação no seu total. A mesma possui duas sedes sendo uma no estado da Bahia denominado por campus dos Malês localizado em São Francisco do Conde com 1086 estudantes e a outra sede no estado do Ceará nos municípios de Redenção e Acarapé, pois são divididos em 3 campus: Liberdade, Auroras e Palmares totalizando 3918 estudantes de graduação. Salienta-se que o presente estudo será realizado na sede do Ceará.

Esta instituição possui 21 cursos de graduação, divididos em ciências aplicadas, exatas, sociais e humanas. As áreas de pós-graduação são divididas em *latus sensu* (especialidade) numa modalidade a distância e *Stricto-sensu* (mestrado). O período dessa pesquisa deu-se em junho do ano corrente, correspondido pelo comitê de ética, a fim de aceitar a coleta.

A população do estudo foram vinte (20) mulheres internacionais matriculadas nesta instituição, onde o número de entrevistas foi estabelecido por critério de saturação por ser um estudo qualitativo, ou seja, não se preocupa com a quantificação das participantes mas sim o enquadramento das concepções, explicações e sentidos atribuídos das falas pelos sujeitos, relevando a importância dos seus discursos produzidos com boa possibilidade de análise (OLIVEIRA, 2017).

Diante disso, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: mães, estudantes negras e internacionais regularmente matriculados na Unilab-Ce, independentemente do curso, com idade igual ou superior a 18 anos, que tiveram parto normal ou cesárea, independente da paridade. Excluídas estudantes que possuam alguma deficiência auditiva e/ou da fala.

As possíveis participantes foram abordadas presencialmente nos Campus da Liberdade, das Auroras e Unidade Acadêmica dos Palmares da Universidade da Integração Internacional

da Lusofonia Afro-Brasileira, por uma acadêmica de enfermagem, disponível três vezes por semana nos turnos manhã, tarde e noite, a qual atende aos critérios de inclusão do estudo. Nesse momento foi explicado o objetivo da pesquisa e seus benefícios, bem como foram obtidos seus consentimentos, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram obtidos a partir de entrevistas individuais, guiadas por um roteiro semiestruturado, adaptado pelos seguintes autores, que apoiam na habilidade relacional do entrevistador e na sua capacidade para transformar o objeto em conversas, com finalidade e em observação com propósitos (OLIVEIRA, 2017). Também constitui questões sociodemográficas e questionamentos básicos sobre a assistência obstétrica, ampliando o campo de questões para a ocorrência da violência, ou seja, a entrevista foi estruturada a fim de permitir a evolução espontânea do pensamento da participante (RODRIGUES, 2014).

A entrevista ocorreu no período de junho, realizada em um ambiente privativo da instituição, que pode ser uma sala de aula, em horário previamente agendado e conveniente para as participantes, sem a presença de outras pessoas, com o auxílio de um gravador a fim de garantir a confidencialidade e fidedignidade do material. A entrevista teve uma duração média de 20 minutos.

Após a realização da entrevista os dados foram transcritos no programa Microsoft Word/Star 2010. Como terá depoimento das mulheres, as falas foram referenciadas em anonimato das participantes, as quais foram identificadas pela letra M de mulheres, sequenciando numericamente (M1, M2...assim sucessivamente).

Para análise dos dados foram utilizados a técnica de Bardin, modalidade temática, que consiste em um conjunto de técnicas de análises das comunicações que visa obtenção de indicadores que permitam a inferência de conhecimentos as condições de variáveis das mensagens (OLIVEIRA, 2017).

Esse método apresentará as seguintes ações: a exploração do material que compreende a elucidação do mesmo e a leitura flutuante e aprofundada dos dados, destacando os relatos de maior relevância e semelhança entre si (ROCHA; GRISI, 2017).

Em seguida serão utilizados critérios para categorização dos dados a partir das temáticas mencionadas no objetivo, e a escolha das falas que possuem maior poder de síntese e abrangência, a fim de levantar explicações e compreender a massa de informações trazida pela verbalização dos sujeitos participantes da pesquisa, retomando ao referencial teórico para embasar as análises, dando sentido à interpretação dos dados (ROCHA; GRISI, 2017).

O presente estudo de pesquisa, foi cadastrado na plataforma Brasil e depois enviado para o comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira. Com isso, o projeto teve início após a aprovação do comitê de ética. Foi iniciado o processo de coleta de dados da pesquisa mediante a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, nas participantes, antes da realização do estudo.

O TCLE é um documento que retrata o esclarecimento sobre o aceite da participação do tema descrevendo as informações necessárias numa linguagem objetiva e com clareza, para que facilite a compreensão da participante, respeitando também os regulamentos do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP, atendendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos, estabelecidas pela resolução 466/12 do Ministério da Saúde do Brasil.

Respeitando também os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Salienta-se que os dados foram utilizados apenas para essa pesquisa e serão armazenados por pelo menos cinco anos, em sala e armário chaveados, de posse dos pesquisadores responsáveis, podendo ser descartados (deletados e incinerados) posteriormente ou mantidos armazenados em sigilo.

Os benefícios vislumbrados com a pesquisa são: o subsídio para inovação acerca da temática em estudo; contribuição para a saúde sexual e reprodutiva de mulheres a partir da identificação de possíveis lacunas na assistência ao parto de mulheres negras, internacionais, por meio das suas vivências e experiências pregressas, investigando aspectos relacionados à violência obstétrica. Buscando melhorar a assistência obstétrica e diminuir os índices de violência obstétrica nessa população específica.

Os riscos que a pesquisa apresenta são: Invasão de privacidade; responder a questões sensíveis, tais como rememorar questões delicadas vivenciadas durante o parto, tais como violências obstétricas; Discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; Tomar o tempo do sujeito ao participar da entrevista.

Para tais riscos é imprescindível garantir a privacidade de acesso aos resultados individuais e coletivos, minimizar desconfortos, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras, estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto e assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro.

3 RESULTADOS

A partir do conjunto das entrevistas coletadas, as quais abordaram aspectos sobre a vivência da gestação e do parto das estudantes negras e internacionais, verificou-se por meio das narrativas episódios de violência obstétrica (11) de caráter verbal, físico e institucional. Porém a minoria delas (09) não passaram por este evento.

Participaram do estudo vinte (20) mulheres, das quais todas tiveram atendimento em maternidades públicas. Quanto ao local do parto, dezesseis (16) participantes pariram no estado do Ceará, nos municípios de Fortaleza, Maracanaú e Redenção e quatro (04) participantes tiveram seus partos nos países de origem, em Angola-Luanda. Sobre a nacionalidade, a maioria (11) referiu ser de Angola, (05) São Tomé, (03) Guiné- Bissau e (01) Cabo Verde. Suas faixas etárias variaram de 21 a 30 anos de idade.

Quanto ao curso, predominou (10) de Enfermagem, seguida da Administração Pública (03), Sociologia (03), Humanidades (02), Agronomia (01) e Letras Língua Portuguesa (01).

Quanto aos dados relacionados ao estado civil, (17) mulheres relataram serem solteiras, outras em união estável (02) e casada (01). Como ocupação, são estudantes de ensino superior incompleto, financeiramente de baixa renda, ganhando no mínimo 530 reais de auxílio estudantil, porém, seis (06) mulheres referiram estar sem auxílio Universitário no momento.

Com relação ao acompanhamento pré-natal, a maioria são primíparas composta por dezoito (18) mulheres. Dezenove (19) participantes realizaram suas consultas no posto/centro de atendimento, mas apenas uma (01) teve seu atendimento pré-natal num hospital privado, e a localidade, relataram serem próximo das suas residências.

Sobre o número de ida as consultas, dezoito (18) mulheres realizaram todas as consultas (mensais) agendadas pela médica e enfermeira do setor, apenas duas (02) não terminaram as consultas sendo o início de período pandêmico (COVID-19).

No entanto, dezesseis (16) participantes tiveram bom atendimento, acompanhamento e orientação durante o pré-natal, e somente quatro (04) mulheres explicaram não terem recebido orientações importantes, tais como a alimentação, exercícios físicos, cuidado aos esforços na sua rotina, os benefícios das vacinas e dos medicamentos indicados durante a gestação (Sulfato ferroso e ácido fólico). As mesmas referiram investigar sobre os seus cuidados por condições próprias.

Observou-se também que dezesseis (16) mulheres relataram que a gestação era de baixo risco, mas quatro (04) mulheres apresentaram gestação de alto risco durante o pré-natal como descolamento da placenta, pneumonia, anemia na gestação e baixo peso do bebê. Dentre essas, duas (02) mulheres durante o processo do segundo trimestre foram reclassificadas como de risco habitual e somente duas (02) foi programado o parto cesáreo.

A análise dos dados permitiu a construção de duas categorias temáticas, intituladas “Acompanhamento obstétrico no atendimento pré-natal e caracterização de violência obstétrica durante a assistência ao parto”, que serão compostas pelas respectivas subcategorias: 1) Negligência da assistência multiprofissional diante de queixas de dor, falta de orientação, falta de informação; 2) Classificação dos tipos de violência obstétrica (verbal, física); 3) Justificativa das vias de parto; 4) Intervenções realizadas (episiotomia, episiorrafia, excesso de toques vaginais, indução de ocitocina); 5) Realização dos cuidados íntimos; 6) Direito ao acompanhante. E serão apresentadas em fragmentos de falas, extraídos nos dados qualitativos e identificados por códigos (por exemplo M1, M2, M3 até ao M20), somente para distinguir as diferentes participantes.

3.1 Caracterização de violência obstétrica durante a assistência ao parto

3.1.1 Negligência na assistência

Sobre a assistência recebida, a maioria das participantes (11) referiram o recebimento de um acolhimento na maternidade de forma ruim, marcado principalmente pela falta de informações e orientações. Destacando como uma experiência negativa, que levou ao sentimento de insegurança das parturientes em relação a equipe multiprofissional. Vale salientar, que (07) mulheres tiveram o parto no Brasil-Ceara e quatro (04) mulheres tiveram em Angola-Luanda.

Essa categoria demonstra situações de negligência no cuidado dentro das maternidades, do estado do Ceará, conforme demonstrado nas falas abaixo:

“Não me deram recepção, logo que entrei com muitas dores tive que me deslocar até a elas, para tirar as minhas dúvidas, foi aí que comecei a me sentir insegura” M14.
“Não fui orientada em nada, muito menos assistida, fiquei sozinha na sala. Ninguém veio conversar comigo, só quando eu estava a gritar bastante é que vieram” (M7, M9, M16, M17, M19).

“Elas só olhavam sem interesse algum, eu não tive leito por conta do espaço estava em pé, ficava andando de um lado para o outro”M7.

Ficavam conversando, não me auxiliavam em nada. Não me senti segura, nem satisfeita porque pareciam que não tinham conhecimento, eu estava com 1 cm de dilatação, mas me mandaram para a sala do parto, ficando deitada e me obrigando fazer força (M12).

“Se eu tivesse condições financeiras, iria numa clínica privada só para ter uma melhor atenção pelo fato de ter pagado para isso, eu teria direito” (M19).

Então, o não acolhimento demonstra uma negligência por parte dos profissionais quando não oferecem uma assistência adequada a mulher, constituindo uma violência de caráter institucional. As mesmas mulheres afirmaram ainda que a cor da pele influenciou no seu atendimento, visto que sentiram um tratamento discriminatório quanto a raça (preta), diante da escassez no atendimento durante o processo de admissão até a alta hospitalar.

Já outras quatro (04) mulheres que tiveram o parto nos seus países de origem em Angola-Luanda, relataram que “não se sentiam seguras”, primeiro porque sentiram-se na obrigação e/ou dever de pagar ou subornar as enfermeiras (que é ilegal), para serem bem atendidas durante a assistência ao parto. Mas apesar de elas terem subornado, a discriminação e o preconceito foram notórios devido as idades que elas apresentavam entre 17 á 22 anos, e isso influenciou no acesso ao atendimento e acolhimento, porém o tratamento seria mais preconceituoso se não pagassem a enfermeira.

Tiveram preconceito comigo, pelo fato de não ter pagado, o tal dito suborno, elas não fazem ao vivo porque é ilegal, aí para seres bem tratada, assistida, teria que dar iniciativa dando alguma coisa para eles e assim seres muito bem cuidada. Eu como não sabia dessa informação antes, pensava que eles cobravam, aí eu fiquei nas minhas (calada) por isso é que talvez eu tenha sido maltratada daquela forma, mas eu fui preparada, levando os valores só não sabia como o esquema funcionava. Eu me senti maltratada desde o momento em que dei entrada naquele hospital (M2).

“Minha mãe teve que pagar/subornar uma senhora enfermeira, para que eu pudesse ter um bom atendimento, uma boa cama e refeição”. (M1, M3, M4).

“O mais incrível é que são mulheres que fazem o parto, e viam que era a minha primeira vez(prímipara), não me orientaram, não me acompanharam, não te passam palavra alguma” (M1, M2, M3, M4).

“Não tiveram atenção em mim, elas só se aperceberam que o bebê estava vindo quando dei o último grito e a cabeça dela já estava aparecendo, antes disso ficavam girando por aí” (M1).

3.1.2 Agressão ou violência obstétrica verbal

É identificado como um comportamento agressivo caracterizado por palavras horríveis, com intenção de humilhar, ridicularizar e até mesmo ameaçar, usando o seu poder como profissional para o silenciamento da mulher. Isso acontecia quando elas se queixavam de dores intensas, e diante disso sem serem solucionadas a sua vulnerabilidade.

“Elas só gritavam comigo dizendo: quem te mandou você engravidar? Quem te mandou transar? Agora aguenta aí. Eu estava com muita dor” (M1, M2, M3, M4).

A recepção não foi boa, não foram humanas, muita arrogância das enfermeiras, se estivesse a gritar de dor elas diziam: Calem as bocas, ninguém vos mandou abrir as pernas para o homem. E se tu sentisses desconforto ao te medirem durante o toque vaginal, elas diziam que: o tamanho do homem que me engravidou é maior que os meus dedos (M4).

3.1.3 Agressão ou violência obstétrica física

Ações que ferem a integridade física, causando dor na mulher e identificam-se como amarrar a mulher na maca, palmadas ou tapas em qualquer parte do corpo da mulher e toque vaginal por múltiplos profissionais.

Chegando na hora do parto, eu tinha muito medo, eu fechava as pernas por medo e nem me orientaram, pedia a Deus para me dar força, eu gritando para a bebê sair, sabe o que a enfermeira me fez? ‘ela me deu umas chapadas (palmadas, tapas) da coxa’. Eu perdi as forças, e nunca esqueço desse episódio, pois fiquei paralisada mentalmente por 2 minutos naquele momento. Mentalmente pedi tanto a Deus que me desse força, foi quando eu dei o último grito o bebê saiu, e tive que ficar atenta porque estava ter trocas de bebês no hospital, me atentava a cada momento para não trocarem ela. Por quê elas tiraram o bebê e não me colocaram no peito levaram logo não sei para onde, só depois é que veíaram botar o bebê no meu peito, estando já a bebê limpa demorando uns 15 minutos (M4).

3.1.4 Justificativa da via de parto

Sobre as vinte (20) mulheres entrevistadas, (10) mulheres relataram que não tiveram opção do parto normal, onde quatro delas (04) foram justificadas “que o bebê entraria em sofrimento fetal”, e duas (02) participantes referiram os seus partos cesáreos programado, assegurando que o bebê apresentava baixo peso; e por outra pela debilidade da mãe ter apresentado um tratamento recente de pneumonia. Porém as outras seis (06) mulheres, não receberam justificativa para indicação do parto cesáreo:

“[Multípara] o meu primeiro parto foi no meu país e disseram que o bebê era grande para um parto normal (4,800 kg), já no segundo parto, detectaram no ultrassom que o cordão estava enrolado ao pescoço dela” (M4).

[Multípara] o primeiro parto a dilatação não aumentava, permanência 3cm mesmo com indução de ocitocina, a bolsa também já tinha estourado então decidiram fazer cesárea. Já o segundo parto foi surpreendente para mim, porque assim que leram o meu histórico que já tive um parto cesárea, me encaminharam logo na sala de cirurgia, sem me justificarem nada (M11).

Foi surpreendente para mim naquele dia, era suposto levar somente o exame e o médico avaliaram e naquele mesmo momento me mandou para cesárea sem nenhuma justificativa, eu não sabia que teria o parto e ainda cesárea naquele dia, então assim que o médico falou, me mandou direto para sala de cirurgia (M10).

“Me fizeram cesariana pela impaciência do médico, por que eu tinha tudo para ter parto normal, não fui justificada exatamente porque essa decisão, simplesmente me disseram para eu ficar tranquila” (M19).

Já as outras 10 mulheres que tiveram parto normal, sete (07) sentiram-se forçadas a realizarem parto cesárea, apenas três (3) participantes afirmaram que foram motivadas pela equipe profissional a opção do parto normal.

” Queriam me encaminhar para fazer parto cesárea porque eu estava chorando (sendo comum), mas insisti em ser normal e por fim deu certo” (M13).

“eles queriam me fazer cesariana não sabendo o porquê (acredito que era a dor), mas senti impaciência por parte deles, em seguida me encaminharam para o Maracanaú, durante o percurso pra lá a dilatação aumentou e tive parto normal” (M16).

[Parto em Angola-Luanda] Mesmo com muitas dores eu procurava ficar calada e não chorar (em silêncio) porque se você demonstrar, elas perderiam a paciência e te levariam obrigatoriamente para o bloco operatório, e eu não queria ser levada para lá, por isso permaneci daquela forma, porque eu via muitas mães serem levadas obrigatoriamente lá, foi dessa forma tive o parto normal (M1, M2).

3.1.5 Intervenções realizadas

Durante o processo do parto a mulher é submetida a algumas técnicas e/ou procedimentos para promover a fase expulsiva e o nascimento do bebê, tais como episiotomia, episiorrafia e excesso de toque vaginais, mas esses procedimentos podem causar danos físicos, lesões, traumas, feridas e dores.

A realização da episiotomia (incisão de corte) e episiorrafia (sutura no períneo ou nos tecidos a volta da vulva), durante o processo de nascimento foi realizada apenas em três (03) participantes e apresentaram trauma, lesão e dor, tais procedimentos foram realizados pelos profissionais da enfermagem.

“Quando comecei a dar luz, o caminho não era suficiente, eles fizeram episiotomia a sangue frio, não me anteciparam e fiquei traumatizada, foi algo muito doloroso” (M3) [Angola-Luanda].

“Ao parir o meu bebê rasgou a minha genitália, era enorme a lesão e senti muita dor porque tive várias lacerações” (M15).

“Elas me fizeram o corte e depois cozeram e não me avisaram, nem anestesia local me deram, o pior é que sinto que a minha vagina não é a mesma” (M2).

Entretanto 17 mulheres relataram não apresentarem nenhum dano físico. Porém, com relação ao toque vaginal, (10) mulheres afirmaram que se sentiram muito desconfortáveis devido à realização de vários toques vaginais, sentindo até mesmo dor durante o procedimento, sendo algo que impacta na sua vivência até hoje.

“Uma coisa que não aguentei foi o toque, levei muitos, foi muito desconfortável e doloroso. Acho que o último toque foi para o menino sair, foram cerca de 5 ou mais toques” (M1, M2...M17).

“E se tu sentisses desconforto ao te medirem durante o toque vaginal, elas diziam que: o tamanho do homem que me engravidou é maior que os meus dedos” (M4).

Além das intervenções desnecessárias citadas pelas participantes, houve um relato de um possível erro profissional durante uma cesariana, conforme fala abaixo:

“Quem saiu prejudicada foi a minha bebê, quando tive o cesárea, eles deixaram um sinal na testa da minha bebê como se fosse um corte, acredito que seja durante a incisão na barriga, ela já está com um ano e até hoje a cicatriz permanece” (M5).

3.1.6 Realização de cuidados pós-parto

Com relação aos cuidados pós-parto, realizado pelos profissionais durante a internação da paciente, verificou-se que 5 mulheres sentiram-se prejudicadas e/ou constrangidas, conforme as falas abaixo

Durante aquele tempo que estava em recuperação do parto cesárea, não sei de que forma eles realizavam o meu curativo, mas a minha cesárea infectou e não tinha ninguém para me cuidar, passava uma enfermeira de rotina que dava paracetamol para dor, mas não me avaliou, sai prejudicada (M4) [Angola-Luanda].

“O constrangimento foi a cicatriz que vi na minha barriga, pois não me explicaram como ficaria a cicatriz, nem me receitaram remédio para dor, fui para casa apresentando muitas dores” (M19).

“Passei por um corte durante o parto, eles me cozeram mal, apertaram muito e aquilo deixou um sinal até hoje, quando toco nele não tenho boas recordações” (M2) [Angola- Luanda].

Durante os cuidados íntimos a enfermeira não realizou a limpeza devidamente, deixando restos lá dentro (parecia estripas), só notei no 3º dia já em casa, logo quando vi, a minha pressão subiu, fui direto para o hospital e me fizeram curetagem urgente, foi horrível (M7).

3.1.7 Direito ao acompanhante

Das vinte (20) mulheres entrevistadas, (10) participantes referiram que não tiveram o direito de ter a presença de um acompanhante do sexo masculino, por isso tinham que permanecer sozinhas durante todo o processo parturitivo ou contatar uma acompanhante do sexo feminino para acompanhá-la nesse processo. Diante disso, somente (06) mulheres tiveram o seu direito garantido por lei, de ter um acompanhante de sua livre escolha, independentemente do sexo, desde a entrada do serviço, o parto e pós-parto.

No entanto, as (04) mulheres tiveram o parto nos seus países de origem, não lhes foi permitida a presença do acompanhante, independente do sexo ou do grau do parentesco, tanto durante a assistência até a alta hospitalar.

Não poderíamos ter acompanhantes, eles ficavam fora do hospital e até mesmo dormiam aí mesmo (nas ruas) no papelão, como muita gente ou familiares, seja minha mãe ou o pai da criança”M1...M4. “quando tive a bebê para eu dar a informação tive que procurar alguém que tenha celular próximo para eu ligar para ela, ou enviar mensagens (M4).

4 DISCUSSÃO

A postura humanizada da equipe multiprofissional deve ser iniciada desde a entrada da mulher na unidade, ouvindo suas emoções, queixas, levando em consideração suas angústias, preocupação e medo, estabelecendo um bom vínculo com a paciente, e promovendo um ambiente acolhedor. Dessa forma, o enfermeiro se destaca como um profissional capaz de acolher e assegurar de forma resolutiva a assistência ao parto e o nascimento.

Diante do relato das participantes, evidenciou-se sentimentos de tristeza, raiva, solidão, humilhação e mágoa, durante um dos momentos mais singulares de suas vidas, deixando lembranças ruins, referentes a assistência e práticas recebidas durante o processo parturitivo.

Segundo Pacheco et al. (2017), a raça/cor das mulheres influencia diretamente o cuidado prestado. As mulheres pardas e negras, quando comparadas às brancas, apresentam piores indicadores de atenção pré-natal e atenção ao parto, o que indica possível preconceito com afrodescendentes no ciclo gravídico puerperal.

No presente estudo, verificou-se que a maioria das mulheres relataram não terem recebido orientações importantes sobre o ciclo gravídico-puerperal durante o pré-natal. Corroborando com estudo realizado no Rio de Janeiro, o qual verificou uma prevalência de relatos sobre o acompanhamento pré-natal, afirmando que a maioria das participantes não receberam devidas informações durante o pré-natal (TEXEIRA et al., 2020).

Neste âmbito, os profissionais de saúde responsáveis pela assistência pré-natal, em destaque o enfermeiro nas estratégias de saúde da família, têm como dever prestar informações às mulheres durante a gestação nas formas grupal e individual, a fim de esclarecer dúvidas, reduzir ansiedades, medos e emponderá-las para suas escolhas e garantia dos seus direitos (SILVA et al., 2017).

Sobre a negligência na assistência multiprofissional foi evidenciado na pesquisa de ANUNCIAÇÃO (2018) onde a maioria das mulheres demonstraram descontentes sobre o atendimento, descrevendo-o da seguinte forma: falta de manejo da dor no parto, dificuldade de comunicação, realização de procedimento ou exames sem consentimento ou de forma respeitosa, discriminação por condição social ou cor e sobretudo, por tratamento grosseiro,

marcado pela impaciência, ameaça à integridade física tanto da mulher quanto o bebê, e a exposição desnecessária da intimidade da paciente.

Vale salientar que de acordo com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/ GM n.569, de 1/6/2000, em publicação oficial de 2017, é reforçado que mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na toma de decisão (BRASIL, 2017).

Sobre os tipos de violência descritos no estudo de GUIMARÃES et al., (2018), identificou-se que a violência verbal foi a segunda violência obstétrica mais prevalente dentro das maternidades, apresentando-se sob a forma de tratamento grosseiro, ameaças, repreensões, gritos, humilhações e desrespeito. Logo se infere que a violência verbal sofrida pela mulher no momento parturitivo pode gerar a violência psicológica para a vida toda.

Já no estudo de TEXEIRA et al. (2020) as mulheres descreveram sofrer violência física durante o seu processo parturitivo, tal como a não utilização da analgesia (quando está se faz necessária) até o abuso sexual. E elas passaram pelo uso indiscriminado de intervenções como.

episiotomia, manobra de kristeller e indução com ocitocina, as quais que podem causar mais prejuízos que benefícios, podendo acarretar iatrogenias.

Em relação a realização indiscriminada de cesáreas, verifica-se cada vez mais um aumento na proporção de cesáreas realizadas sem justificativas clínicas plausíveis, a qual é uma consequência da perpetuação de uma relação médico-paciente retrógrada, em que o médico se torna o protagonista do evento, retirando da mulher seus direitos fundamentais de autonomia, dignidade humana e de liberdade (ZANARDO et al., 2017).

Diante aos cuidados íntimos realizados, estudos corroboram com análise dos dados da pesquisa de OLIVEIRA (2018) indicando sobre os constrangimentos da episiotomia, causando prejuízo a saúde.

Em estudo realizado nas maternidades da região Metropolitana do Rio de Janeiro, notou-se, frequentemente que as parturientes são proibidas de ter acompanhante de sua escolha para dar-lhe apoio no processo do nascimento, em virtude das práticas assistenciais adotados nos serviços de saúde (PAULA et al.,2020).

Salienta-se que a Organização Mundial da Saúde recomendou diretrizes que reafirmam o direito da parturiente no que tange à escolha do acompanhante, da posição durante o parto, bem como o tipo de parto, com intuito de garantir a saúde e segurança da mulher nessa ocasião

(OMS, 2018). E a lei nº 11.108 conhecida como a Lei do acompanhante que determina a obrigação do serviço de saúde de fornecer a entrada para o acompanhamento da mulher no trabalho de parto, parto e puerpério (BRASIL, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto à percepção social de mães negras e internacionais da Unilab sobre a violência obstétrica, verificou-se que cada mulher passou por diversas formas de violência, desde assistência inadequada, a restrição de orientação e informações esclarecedoras durante o pré-natal, violência verbal e física, indicação de cesárea sem justificativa, a proibição do não acompanhante de livre escolha e intervenções desnecessárias durante o parto.

Evidenciando-se por meio dos relatos que as mulheres lembram de seus partos com sentimentos de tristeza, raiva, solidão, humilhação e mágoa, durante um dos momentos mais singulares de suas vidas, deixando lembranças ruins, referentes a assistência e práticas recebidas durante o processo parturitivo.

Percebe-se que as mulheres não tiveram autonomia e protagonismo no seu processo parturitivo, ressaltando a necessidade de mudanças tanto nas instituições como a inclusão de novos protocolos ou normas que extinguem a violência obstétrica na nossa prática clínica, visto tratar-se de uma das mais graves violações dos direitos humanos. Além disso, é relevante que seja fortalecido a formação dos profissionais de saúde dentro de uma visão humanizada e livre de qualquer preconceito e discriminação.

Ademais é salutar que os profissionais de saúde por meio das estratégias de educação em saúde, sejam capazes de empoderar as gestantes durante suas consultas de pré-natal, para que as mesmas saibam as mudanças que irão sofrer durante o período gravídico-puerperal, os seus direitos, as vias de parto, as fases do trabalho de parto, a construção de seu plano de parto e como se defender de uma possível violência obstétrica.

Com relação às mulheres que tiveram seus partos nos seus países de origem, no continente Africano, espera-se a implementação de novas Políticas Públicas voltadas à saúde da mulher, principalmente quanto ao resgate da humanização do parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

ANUNCIACÃO, P. S.; et al... Revés de um parto: Relatos de mulheres que perderam o filho no período neonatal. **Cad. Saúde. Pública**. 2018; v. 34, n. 12. Doi: 10.1590/0102-311X001905. Disponível: [CSP_1905_17_Reves.indd \(scielo.br\)](http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X001905) Acesso: 02 jul. 2023.

ALVARES, A. S.; et al... Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2620-27. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>

ASSIS, J. F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões á violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.159>. Acesso em: 13 nov.2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Despacho, de 03 de maio de 2019. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-10.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. **Ministério da saúde. Secretária de ciência, tecnologia e insumos estratégicos**. Departamento de gestão e incorporação de tecnologia em saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (Versão Resumida). Brasília- DF, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/06/837347/vacinatetraviral-final.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2022.

BRASIL. **Ministério da saúde. Secretária de ciência, tecnologia e insumos estratégicos**. Departamento de gestão e incorporação de tecnologias em saúde. Diretrizes nacionais de atenção à gestante: operação cesariana. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Fundo das Nações Unidas para a Infância. Saúde Materna Brasil. Disponível: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/quem-espera-espera>. Acesso: 02 nov. 2022.

GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS, E.; AMARAL, L. R. O. G. (2018). Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista Estudos Feministas**, 26(1):e43278.

Disponível:<https://www.scielo.br/j/ref/a/BPdk4Rs9YqDNcnhMKrFdmJh/?format=pdf> .

Acesso: 01 jul. 2023.

ISMAEL, F. M.; SOUZA, G. K. R.; AOYAMA, E. A. Assistência de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **ReBIS** [Internet]. 2020; 2(2):75-80. Disponível: 92-Texto do Artigo-267-1-10-20200727 (2).pdf Acesso: 03 nov. 2022.

JASSEN, M. **Violência Obstétrica: Por que devemos falar sobre?** Disponível em: <https://www.politize.com.br/violencia-obstetrica/> . Acesso em: 22 dez.2022.

LEAL, M. C.; et al... A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad.SaúdePública**, v. 33 Sup. 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=pdf> Acesso: 11/11/202. DOI: 10.1590/0102-311X00078816.

LIMA, K. D.; PIMENTEL, C.; LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. supl. 3, p. 4909-4918,2020. Disponível<https://www.scielo.br/j/csc/a/wbq3FqxQH7HmVMYSp7Y9dntq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 15 dez. 2022.

LIMA, K. D. **Vivências de mulheres negras assistência ao parto: vulnerabilidades e cuidados**. 2018, p.109. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Aggeu Magalhães. Recife, 2018.

LUANDA-ANGOLA. **Ministério da Saúde. Departamento de saúde sexual reprodutiva da Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP)-MINSA**, 2019. Disponível em: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/pol> Acesso: 07 nov.2022.

MAGALHÃES, R. C. M. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENQUANTO VIOLÊNCIA DE GÊNERO E SEU VIÉS RACIAL. **Caderno Virtual**, [S. l.], v. 3, n. 45, 2019. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/article/view/3949>. Acesso em: 30 out. 2022.

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para garantia do direito integral á saúde das mulheres. **Cad. Ibero. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 9, n. 1. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585> . Acesso em: 04 nov. 2022.

MOREIRA, S. A. S.; PARTICHELLI, P. P.; BAZANI, A. A. O. A violência obstétrica e os desafios de se promover políticas públicas de saúde efetivas. **Revista unilasalle**, n. 41, p. 115-126,ago,2018.Disponível:<https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Dialogo/article/view/4822> .Acesso: 12 nov. 2022.

NASCIMENTO, F. C. V.; SILVA, M. P.; VIANA, M. R. P. Assistência de enfermagem do parto humanizado. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**. v. 4, p. 1-10, 2018.

NUCCI, M.; NAKANO, A. R.; TEIXEIRA, L. A. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História Ciência e Saúde**. v. 25, n. 4, p. 979-998, out-dez, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/75xJNDnKttfZThz4QWLJ44R/?format=pdf> Acesso: 14 dez.2022.

OLIVEIRA, M. S. G. L.; ALBUQUERQUE, A. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. **Rev. CEJ**. Brasília. Ano XXIII, n. 75, p.36-50, mai./ago. 2018.

OLIVEIRA, T. R.; COSTA, R. E. O.; MONTE, N. L.; VERAS, J. M. M. F.; SÁ, M. I. M. R. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. **Rev. Enf. UFPE**, online, Recife, v.11, n. 1, p. 40-6, Jan, 2017.

SILVA, F. M.; SILVA, M. L.; ARAÚJO, F. N. F. Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de município do nordeste brasileiro. **Rev Preven Infecção Saúde**. 2017;3(4). Disponível: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3160> Acesso: 14 jun. 2023.

SOUSA, A. L. A. S. **A violência obstétrica a perspectiva da mulher negra**. Monografia (Trabalho de conclusão do curso). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-2022.

Disponível:<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/123456789/237898/1/TCC%20DIREITO%20UFSC.pdf>. Acesso: 08 dez. 2022.

TEIXEIRA L. A.; SOARES, L. C.; BRITO V. P.; CARRIJO A. M. M.; SOUZA, M. G. A. Violência obstétrica como violação do direito à saúde da mulher: uma revisão narrativa. **Rev. Aten. Saúde**. 2020; 18(65): 137-144. Disponível: Direitos da mulher.pdf Acesso: 02 jan. 2022.

UAHIMUA, L. S. P.; GOVE, O. F. M. (2022). Princípios bioéticos na realização de partos em hospitais públicos de Moçambique: Bioethical principles in childbirth in public hospitals in Mozambique. NJINGA E SEPÉ: **Revista Internacional De Culturas, Línguas Africanas E Brasileiras**, 2022. V. 2(Especial II). . <https://orcid.org/0000-0002-7545-6892>.

VAZ, A. P. **O enfrentamento da violência obstétrica de viés racial na América Latina sob a ótica dos Direitos Humanos**. Dissertação (Especialização em Direitos Humanos). Universidade Federal de Integração Latina Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

World Health Organization (WHO). **Who recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience**. Place of publication not identified: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018.

ZANARDO, G. L. P.et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicol. Soc.** v. 29, n. 1, p. 1-11, 2017.