

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, NATURAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA**

LORENA FERREIRA DE LIMA

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NO TRABALHO DE PARTO EM MULHERES
NEGRAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

**PINHEIRO-MA
2020**

LORENA FERREIRA DE LIMA

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NO TRABALHO DE PARTO EM MULHERES
NEGRAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como pré-requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Pinheiro.

Orientador: Profa. Me. Andréa Suzana Vieira Costa.

PINHEIRO-MA
2020

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Ferreira de Lima, Lorena.

Violência institucional no trabalho de parto em
mulheres negras: uma revisão de literatura / Lorena
Ferreira de Lima. - 2020.

52 p.

Orientador(a): Andrea Suzana Vieira Costa.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Pinheiro, 2020.

1. Saúde da população negra. 2. Violência
Institucional. 3. Violência Obstétrica. I. Suzana Vieira
Costa, Andrea. II. Título.

LORENA FERREIRA DE LIMA

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NO TRABALHO DE PARTO EM MULHERES
NEGRAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Pinheiro.

Orientadora: Profa. Me. Andrea Suzana Vieira Costa.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. João de Deus Cabral Júnior
Universidade Federal do Maranhão

Prof. José Mário de Menezes Filho
Universidade Federal do Maranhão

Profa Dra. Consuelo Penha Castro Marques
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho a todos os que me ajudaram ao longo desta caminhada, principalmente à minha mãe, pai, irmã e tia Neide.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por ter permitido que eu tivesse saúde e determinação para conseguir completar essa jornada e por nunca ter me desamparado, por me mostrar diariamente sobre amar o próximo.

Aos meus pais, que me incentivaram desde muito pequena a ser sempre alguém melhor e por compreenderem a minha ausência e me incentivarem a voar, eu não seria quem sou se não fosse o esforço e o amor de vocês.

À minha irmã por ser a mais incrível do mundo, por ser quem você é e por ser minha eterna companheira.

À minha tia Neide, que é muito mais que uma tia, é uma segunda mãe, que sempre me amou e cuidou de mim e a quem eu sou eternamente grata.

Ao meu namorado Jardel, que sempre me incentiva a prosseguir com palavras de estímulo e diariamente cuida de mim me fazendo crescer tanto pessoal quanto profissional e por todo o nosso companheirismo.

Quero agradecer à minha professora orientadora Prof^a. Dr^a Andrea Suzana Costa Vieira, pelo empenho dedicado ao meu projeto e por todo apoio e paciência.

À professora Consuelo Penha que me ajudou em diversos momentos e me aconselhou a sempre seguir em frente e enfrentar os medos.

Às minhas amigas, Priscilla, Cristianne e Carolina, pela amizade e pelo apoio demonstrado nos momentos de dificuldade. Ao meu grupo do internato, Priscilla, Rafael, José Braz e Flávia, com quem convivi intensamente durante o último ano, pelo companheirismo e pela troca de experiências que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como profissional.

Agradecimento também a todos os meus professores do curso de medicina da Universidade Federal do Maranhão - Campus Pinheiro pela excelência da qualidade técnica de cada um. E à todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização da minha pesquisa.

*O SENHOR é o meu pastor, nada me faltará.
Deitar-me faz em verdes pastos,
guia-me mansamente a águas tranquilas.
Refrigera a minha alma; guia-me pelas veredas da justiça,
por amor do seu nome.
Ainda que eu andasse pelo vale da sombra da morte, não temeria mal algum,
porque tu estás comigo; a tua vara e o teu cajado me consolam.
(Salmos 23:1-4)*

RESUMO

A violência institucional é aquela praticada nas instituições prestadoras de serviço público, sendo recentemente validada como questão de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa violência geralmente se reflete no quadro atual de desigualdade social, evidenciada principalmente na população negra que têm dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Este trabalho tem o objetivo de estudar a violência institucional em no trabalho de partos em mulheres negras. Trata-se de uma revisão de literatura onde realizou-se buscas de artigos nas bases de dados Literatura Latina e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Publicações Médicas (PubMed), publicados no período de 2010 a 2020. Concluiu-se que para que haja uma mudança no cenário das práticas de violência institucional, faz-se necessário, além do processo de humanização por parte da equipe, a promoção de Políticas Públicas.

Palavras-chave: Trabalho de parto; Violência contra a mulher; Origem étnica e saúde, Mulher negra

ABSTRACT

Institutional violence is that practiced in public service institutions, and has recently been validated as a public health issue by the World Health Organization (WHO). This violence is usually reflected in the current situation of social inequality, evidenced mainly by the black population who have difficulty in accessing health services. Thus, this work aims to study institutional violence in normal deliveries for black women. This is a literature review where articles were searched in the Latin and Caribbean Literature in Health Sciences databases (LILACS), in the electronic library Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Virtual Health Library (VHL) and Medical Publications (PubMed), published from 2010 to 2020. It was concluded that, in order to change the scenario of institutional violence practices, it is necessary, in addition to the humanization process on the part of the team, to promote Public policy.

Keywords: Labor, obstetric; Violence against women; Ethnicity and health, Black woman

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	14
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1	Parto humanizado.....	15
3.1.1	Definição de humanização do parto.....	15
3.1.2	Perspectiva histórica dos partos até sua humanização.....	16
3.1.3	Assistência ao parto no Brasil.....	18
3.1.4	Parto humanizado como forma de reduzir a violência obstétrica....	19
3.1.4.1	A mãe e o bebê na humanização do parto: importância, benefícios e protagonismo para mãe.....	19
3.1.4.2	Benefícios para o bebê.....	21
3.1.4.3	Políticas públicas de incentivo ao parto humanizado.....	22
3.2	Violência Obstétrica.....	25
3.2.1	Aspectos Gerais.....	25
3.2.2	Tipos de Violência Obstétrica.....	26
3.2.3	Violência Obstétrica contra mulheres negras vivenciadas pela saúde brasileira.....	29
3.2.4	Posicionamento do Ministério da Saúde sobre a violência obstétrica	32
3.2.5	Capacitação e treinamento da equipe médica para atendimento humanizado.....	33
4	METODOLOGIA.....	35
5	RESULTADOS	37
6	DISCUSSÃO.....	40
6.1	Violência obstétrica com mulheres negras.....	40
6.2	Atuação da equipe médica no momento do parto.....	41
6.3	Formas humanizadas de parto em mulheres negras.....	42
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o parto é considerado um evento histórico que tem apresentado grandes mudanças culturais ao longo dos anos. Essas alterações ocorreram devido ao desapropriação do cargo de parteiras, que eram ocupados por mulheres de confiança na comunidade. As mesmas foram gradativamente sendo substituídas por profissionais que tinham o ensino superior (PÉREZ,2015).

O parto natural humanizado, é considerado como um direito de toda mulher, e deveria ser um compromisso dos profissionais da obstetrícia (CIFUENTES; LEAS, 2016). Acredita-se que o parto humanizado (PH) causa benefícios e fortalece o vínculo entre a mãe e o Recém-nascido (RN) além de resgatar o modo natural e satisfatório de trazer um filho à luz (ZANARDO *et al.* 2017).

Portanto, com a institucionalização do parto, a mulher passou a ser medicalizada e a sofrer intervenções cirúrgicas que muitas vezes poderiam ser evitadas. O que hoje é reconhecido como uma das formas de violência obstétrica contra as mulheres, que possuem total direito de opinar e decidir sobre o que é feito com seu corpo (PÉREZ, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002 definiu-se violência:

“O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (PÉREZ, 2015; SANTOS, 2015).

Neste contexto, “A violência institucional é aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Podendo incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso, à má qualidade dos serviços, práticas discriminatórias, sendo as questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual e religião, um terreno fértil para ocorrência de tal violência. Além disso, os dos abusos cometidos em virtude das relações de poder e desigualdade entre usuários e profissionais dentro das instituições (SERRA, 2016; PÉREZ, 2015; SANTOS, 2015).

Portanto, relatos de maus-tratos e desrespeito a mulher durante o parto em instituições de saúde, não são recentes, sendo perpetrada por agentes que

deveriam proteger, garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e reparadora de danos. Apesar das reivindicações dos movimentos sociais pelos direitos humanos que, nos últimos anos, têm ganhado visibilidade, dado as evidências científicas sobre o impacto da baixa qualidade do cuidado no período gravídico-puerperal para mulheres e crianças (MARRERO e BRÜGGEMANN, 2017; PEREZ, 2015).

Por outro lado, a violência institucional também é determinada pela 'crise da confiança' na área de saúde, entendida como uma crise ética mais global de fragilidade dos vínculos de confiança nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, com a despersonalização do cuidado e o predomínio do uso de tecnologia como forma de interação, exacerbando a transformação do paciente em objeto de intervenção

Conforme a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) aponta diversas pesquisas sobre o tema, no qual se destaca o artigo do ano de 2017, denominado de: *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*, nele possui amplo debate sobre como mulheres negras sofrem mais no parto – pelo mito de que são mais fortes. Outra obra, como por exemplo, a contida na Carta Capital sobre o tema: *Racismo na saúde: nas maternidades do Brasil, a dor também tem cor*, analisam sobre mitos e falácias populares, que sem nenhuma comprovação científica, são recorrentes em salas de maternidades Brasileiras, que citam que mulheres negras têm quadris mais largos e, por isso, são parideiras por excelência; ou que negras são fortes e mais resistentes à dor. Percepções retrógradas e inaceitáveis como essas, não adquirem fundamento científico (ABRASCO, 2020).

Dentro dessa realidade, nota-se que a violência hospitalar, no parto natural, tende a ser mais recorrente em mulheres negras, fruto de um racismo estrutural, ao considerar que mulheres negras não sentem dor. Assim a problemática do estudo se baseia não apenas em um problema só do setor de saúde, mas uma questão muito forte na sociedade brasileira, logo, há um maltrato generalizado a essas populações, principalmente de cor negra, no qual se acredita que os profissionais da saúde poderiam agir de diferentes meios para reverter esse dilema sócio-histórico. (HOFFMAN *et al.*, 2016).

A realização do estudo se justifica pelo fato de que a gravidez é o período em que a mulher está esperando uma nova vida e que, passa por profundas

mudanças físicas, patológicas, mecânicas e estruturais. Além disso, o parto é algo muito esperado por algumas mães e famílias, um momento que precisa ser compreendido e que requer um acompanhamento por equipe de profissionais que tenham essa sensibilidade da importância desses cuidados, independente da raça, cultura situação econômica, entre outras características desta mulher, com vistas a expor a violência enfrentada pelas mulheres negras diante deste momento tão significativo em suas vidas.

Assim, pretende-se com esse estudo, ampliar o debate sobre a temática no meio acadêmico e sociedade em geral, possibilitando o interesse para novas pesquisas.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAIS

Estudar a violência institucional no trabalho de parto em mulheres negras.

2.2 ESPECÍFICOS

- Demonstrar a importância do parto humanizado;
- Apontar as políticas públicas para reduzir a violência obstétrica.
- Discorrer sobre a violência obstétrica em mulheres negras;
- Relatar sobre a atuação da equipe médica no trabalho de parto.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Parto Humanizado

A importância da humanização do parto está ganhando destaque entre os profissionais de saúde. É possível destacar diversas pesquisas envolvendo esta temática, conforme demonstra o presente capítulo que aborda a perspectiva histórica dos partos e definições e aspectos gerais do parto humanizado.

3.1.1 Definição da humanização do parto

O parto humanizado tem como definição a relação binômio mãe e filho, onde inclui não apenas o parto adequado para a gestante, mas o incentivo ao aleitamento materno no pós-parto imediato, a presença do pai ou de outro acompanhante, além de modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias e geradoras de risco excessivamente intervencionistas no que tange ao parto. (PETRUCCE et al, 2017).

Inicialmente convém mencionar que, o parto necessita estar voltado para as necessidades da mãe, de acordo com suas condições físicas e psicológicas, uma vez que é a mulher quem toma a decisão, grande parte juntamente com orientação de seu médico, sobre qual parto a ser realizado. (PETRUCCE et al, 2017)

Rolim e Cardoso (2005), mencionam que, o parto normal, também chamado de parto vaginal, que ocorre em ambiente hospitalar, tem todos os procedimentos e intervenções protocolados, como por exemplo o uso de sonda vesical para esvaziar a bexiga e uma alimentação com comidas e bebidas mais leves, prevalecendo as vontades das parturiente, assim as intervenções só ocorrem em casos extremos, quando não há outra alternativa e mesmo assim a gestante é sempre informada, logo a técnica tem como foco dar o protagonismo à mulher.

Na concepção de Rolim e Cardoso (2005) para humanizar é necessário que o profissional de saúde se sensibilize com o problema da paciente, dessa

forma além de tratar a saúde do corpo, cuida-se também das emoções, da espiritualidade e promove a felicidade.

Visando compreender melhor a assistência ao parto humanizado, a seguir será apresentada uma perspectiva histórica dos partos até sua humanização.

3.1.2 Perspectiva histórica dos partos até sua humanização

Segundo Cechin (2002) nota-se indícios do parto humanizado nas obra *Childbirth without fear* de Grantly Dick-Read em 1942, outro feito que demonstra a humanização do parto, ocorre com as publicações de Robert Bradley quando menciona sobre desmedicalização do parto e inserção do companheiro no ambiente do nascimento, nos anos 50, fato que estimulou a publicação do “*Husband-Coached Childbirth*”, em 1965. Mas somente com a publicação de “*Birth Without Violence*”, de Frédérick Leboyer em 1975, que o parto humanizado se tornou, de fato, conhecido.

Sobre o surgimento do Parto humanizado, se faz relevante mencionar:

[...] até a Segunda Guerra Mundial, a maioria dos partos ocorria em casa, com o auxílio de parteiras, que eram geralmente mulheres da comunidade que haviam aprendido o ofício de alguma outra parteira e seguiam auxiliando nos partos. Os partos só eram atendidos por médicos quando havia alguma situação que as parteiras não possuíam conhecimento para intervir. Entretanto, com a guerra e a grande quantidade de homens que estavam fora de suas casas no momento do nascimento, a maioria das mulheres passou a ir ao hospital no momento do parto, sendo atendidas por médicos que nem sempre estavam preparados para o atendimento. Mas o início das intervenções desnecessárias no atendimento ao parto não se deu nesse momento. O primeiro registro que se tem de um parto com a mulher deitada é o de Madame de Montespan, amante de Luís XIV, que assim pariu para que ele pudesse assistir ao parto por trás de uma cortina (BALASKAS, 2008, p. 31).

Rolim e Cardoso (2005) também mencionam sobre a evolução do parto humanizado, e mencionam o motivo da posição deitada ser preferência por grande parte das mulheres, posição mais usada pela medicina tradicional. Os autores citam que o influenciador foi o uso do fórceps, instrumento utilizado para extrair o bebê do útero, que surgiu no século XVII, pelos irmãos Chamberlain. Essa técnica,

[...] usual na época a famílias com poder aquisitivo elevado, e que era inicialmente utilizado somente pelas mulheres de classes mais altas, necessitava que a mulher estivesse deitada para que o parto ocorresse. E com a popularização da técnica, grande parte das mulheres passou ficar deitadas durante o parto, para que o instrumento pudesse ser utilizado (BALASKAS, 2008, p. 31)

Nesse prisma, Prizskulnik; Maia (2009) mencionam o renomado doutor e docente ginecologista e obstetra Fernando Magalhães como um dos principais expoentes da Obstetrícia Brasileira, utilizando nos primórdios do século 20, em parceria com o colega da área Jorge de Rezende, a narcose e fórceps, respectivamente, de forma anestésica que inibe o aumento na velocidade que os impulsos nervosos se exaltam e como um instrumento que auxilia os profissionais retirarem gentilmente o bebê, foram esses meios que principiaram o ato de abrandar e humanizar o apoio aos partos. Tais conceitos propagaram-se em inúmeras dimensões nos tempos consecutivos, de modo que os procedimentos fossem apoiados por múltiplos pensadores teóricos.

Essa evolução demonstra uma forma mais humana e menos dolorosa de proporcionar o ato de “dar à luz”,

a humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano. No caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher. O modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto. A obstetrícia médica passa a reivindicar seu papel de resgatadora das mulheres, trazendo: uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribulando a hora bendita da maternidade (DINIZ, 2005).

Nos anos 70, nota-se o uso de parteiras e índios durante os partos, surgiram no Paraná e no Estado de Goiás, e também no Hospital Pio e o Instituto Aurora no Rio de Janeiro, surgiram grupos de terapias alternativas como a Yoga, no intuito de reduzir dores e favorecer o parto. Já na década seguinte, juntamente com todo movimento feminista, nota-se um avanço e ampliação em

relação ao tema da prática da assistência humanizada e gerando vários grupos que ofereciam às gestantes um parto humanizado (DINIZ, 2005).

A partir de então, a mulher é descrita não mais como culpada que deve expiar, mas como vítima da sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos que possam ocorrer durante o parto, promovendo e preservando sempre a saúde de mãe e filho, aspectos esses que são essenciais na humanização do parto (CASTRO & CLAPIS, 2005)

3.1.3 Assistência ao parto no Brasil

O modelo auxiliar dominante e tradicional da Obstetrícia no Brasil se concentra no médico obstetra e em atendimento hospitalar. O Ministério da Saúde incentiva o envolvimento do médico obstetra nas equipes hospitalares e instituições para contribuir para sua redução no uso de procedimentos desnecessários e cesarianas, que são características do atendimento obstétrico no país. (BRASIL, 2017)

Embora as taxas de cesarianas mostrem um aumento em vários países do mundo, incluindo os Estados Unidos e a Inglaterra, o Brasil foi reconhecido como um dos campeões mundiais em realizar cesáreas. Tem-se que, há várias décadas, o número excessivo de cesárea no Brasil é motivo de preocupação. A tendência para um aumento das cesarianas começou nos anos 70. (FAÚNDES; CECATTI, 1991)

A participação das cesarianas no número total de nascimentos realizados no sistema de saúde pública aumentou de 15% em 1970 para 31% em 1980 e não parou de crescer. Na década atual, por exemplo, o Brasil apresenta um índice de 52% de cesariana em rede pública e 88% em rede particular, número alarmante, visto que o preconizado pela OMS seja de 15%. (FIOCRUZ, 2014)

Houve várias razões para isto: o valor mais alto pago pela tabela para cesariana nos anos 70; o medo, mulheres com dores de parto normais; fé, de mulheres e médicos que dão à luz a partir da vagina e isso interfere na satisfação sexual; a crença de que o nascimento vaginal é mais arriscado para um bebê do que uma cesárea; conveniência (marcar uma consulta) e economia de tempo para o médico; falta de qualificação do médico para um parto normal; pré-natal incapaz de se preparar para o parto; cuidados médicos focalizados, e não em

equipes multidisciplinares compostas por parteiras; não pagamento de anestesia no parto normal; uso de cesarianas para ligadura das trompas de falópio; entre outras. (FAÚNDES; CECATTI, 1991)

3.1.4 Parto humanizado como forma de reduzir a violência obstétrica

Segundo Souza et al. (2011), algumas mulheres quando mencionam seus partos realizados por cesariana demonstram frustração de não terem parido naturalmente. Essas demonstram interesse em vivenciar o nascimento de seus filhos de forma ativa, participativa, inteira, uma vez que se acredita que essa humanização seja de grande relevância para a mãe e o bebê, já que incrementam o desenvolvimento e amadurecimento humano e aumenta o elo entre eles.

A forma humana de parir compreende a gestação e o parto como eventos que necessitam ocorrer da forma mais natural possível, estimulando a saúde da mãe, uma vez em que apenas 15 a 20% das gestantes adoecem neste período (DINIZ, 2005). Logo nota-se que tal modalidade de parto promove a saúde da mulher e muitas vezes pode até impedir mortes evitáveis.

Logo o assunto torna-se de grande relevância e interesse nacional e internacional, nas áreas da saúde reprodutiva, cujo foco é saúde de mãe e filho, conforme demonstrado a seguir.

3.1.4.1 A mãe e o bebê na humanização do parto: importância, benefícios e protagonismo para mãe

O parto humanizado, segundo Cruz (2004), se fundamenta no resgate do protagonismo da mulher no processo de parir e na assistência vista não como um evento médico, mas como um evento fisiológico que pode ser assistido por outros profissionais além do médico, como enfermeiros (as) obstétricas, obstetritzas, doulas e outros profissionais. Portanto é necessário:

[...] conjugar a segurança de obter bons resultados com o bem-estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se direitos constituídos. Logo nota-se que a humanização do parto é uma condição de respeito à mulher como pessoa única, em questão de cidadania (CARVALHO et al., 2014, P. 573).

Rolim e Cardoso (2005) citam que os benefícios da humanização do parto são muitos, mas tudo necessita ocorrer de acordo com a vontade, ciência e consentimento da mãe. A mulher se torna a protagonista da situação, e que o uso da tecnologia, deve ocorrer somente quando necessário. Os autores mencionam que não se deve defender o uso do parto humanizado a qualquer custo, desconsiderando o uso de tecnologias na assistência, que por sua vez devem ser usadas quando necessárias,

[...] utilizar tecnologia apenas por utilizar, porque está disponível, além de encarecer a assistência, provoca danos à mulher e ao bebê. No parto humanizado, a mulher é o centro e não o profissional que a assiste. Ela precisa ser ouvida, bem avaliada e bem acompanhada (ROLIM e CARDOSO, 2005, p. 86).

Segundo Flavia Carvalho Marque; Ieda Maria Vargas Dias e Leila Azevedo (2006), a desvalorização do parto natural e a prática cada vez maior de intervenções cirúrgicas desnecessárias mostram o quanto a população feminina é carente de informação e educação em saúde. Neste sentido, as autoras alegam que o Ministério da Saúde estabelece que a assistência ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas, fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto. Assim ressalta-se que:

[...] o parto humanizado se contrapõe ao modelo usual justamente por causa dessas premissas. O parto normal com assistência tradicional, geralmente, não respeita a individualidade de cada binômio mãe-filho. Com esta técnica, as mulheres resolveram retomar as rédeas dos processos femininos, pois isso foi historicamente retirado (ROLIM e CARDOSO, 2005, p. 86).

Segundo Marque; Dias e Azevedo (2006), o parto humanizado oferta toda a possibilidade de decisão, tornando a gestante protagonista de todo o processo, fato que ocorre desde o início da gestação. As autoras ainda relatam da necessidade do momento do parto a mãe ter a liberdade para se movimentar, buscar a posição mais confortável, optar ou não por anestesia e amamentar o seu bebê durante os momentos iniciais de vida; no qual as técnicas utilizadas para a humanização do parto podem ser diversas, desde que se respeite a

vontade, decisão e privacidade da gestante, acatando a escolha do seu acompanhante, cuidando de sua saúde emocional, ofertando a ela métodos que evite a dor e que não sejam farmacológicos, exemplos são: relaxamento, banhos de aspersão e massagens técnicas.

Diante o exposto, nota-se que com o parto humanizado a mãe pode ter vários benefícios, fato que também ocorre com o recém-nascido, conforme evidencia o tópico seguinte.

3.1.4.2 Benefícios para o bebê

Segundo Diniz (2005), o Parto humanizado diminui o desconforto respiratório do bebê, ao nascimento, visto que, durante a passagem pela vagina da mãe, seu tórax é submetido a um processo de descompressão compensatória. Uma vez que, o alto nível de oxigênio que a criança capta ao passar pelo canal vaginal estimula consideravelmente os aparelhos cardiovascular e respiratório, fato que reduz consideravelmente possibilidades de asfixia e de aspiração do líquido amniótico que é expelido pelos pulmões durante os primeiros instantes de vida. A autora ainda ressalta que existem pesquisas que evidenciam a redução de desenvolver problemas respiratórios, em 16%.

Reis et al. (2017) mencionam que parto assistido reduz possibilidades do bebe nascer “antes da hora”. De acordo com dados divulgados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 2014, cerca de 11,2% de todos os bebês que nasceram no território nacional foram prematuros, ou seja, vieram ao mundo antes de completar 37 semanas de gestação. Por isso, do ponto de vista de estudos científicos, o parto normal ainda é uma forma que o bebe quem escolhe a hora de nascer, no qual contrações indicam o momento do nascimento.

Reis et al. (2017) ainda citam que a humanização do parto possibilita na formação da flora intestinal, pois quando passa pelo canal vaginal, a flora bacteriana da mãe “passa” para o bebê, auxiliando-o na criação e desenvolvimento da sua própria flora intestinal. As autoras mencionam que esse

fato é muito importante, visto que ele ficará menos vulnerável a bactérias que podem ocorrer o trato gastrointestinal.

Outro benefício da técnica, é que ela reduz possibilidades de o bebê ter diabetes:

[...] reduz em 20% as possibilidades da criança de desenvolver diabetes do tipo I, por melhorar consideravelmente seu sistema metabólico, isto é, que é responsável por regular o funcionamento das funções básicas do seu corpinho, segundo dados divulgados neste ano pela pesquisa “Quem espera, espera”, realizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Além disso, vir ao mundo quando quiser diminui o surgimento de alergias e doenças autoimunes (CRUZ; SUMAM; SPÍNDOLA, 2007, p. 56)

Cruz; Sumam; Spíndola (2007) ainda afirmam que quando o bebê passa pelo canal vaginal, ocorre fortalecimento do sistema neurológico e imunológico, fato que ocorre porque o bebê precisa se movimentar bastante durante o parto, utilizando seus reflexos mais primários e instintivos. Tal gasto de energia favorece a reposição simétrica, portanto, desperta a vontade de mamar já nos primeiros instantes de vida.

3.1.4.3 Políticas públicas de incentivo ao parto humanizado

Até a década de 60, o corpo feminino era visto apenas do ponto de vista reprodutivo, onde vivia-se uma cultura extremamente enraizada de desigualdade, repressão e patriarcado. No entanto, meados dessa década, o movimento feminista incorporou questões que necessitam melhoramento até os dias de hoje, entre elas o acesso a saúde pública feminina, como a utilização, ou informação adequada, sobre o uso de contraceptivos, saúde preventiva, um pré-natal de qualidade e, assim fez com que houvesse um reconhecimento da mulher como ser social e requerente de mais atenção nas Políticas Públicas de Saúde. (SILVA, 2015)

Nesta sequência, na década de 90 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral a Saúde da mulher (PAISM) que incorpora, em um enfoque de gênero, a promoção da saúde e a integralidade como princípios norteadores, bem como ações estratégicas no planejamento reprodutivo, na

atenção obstétrica, na vigilância epidemiológica do óbito materno, violência sexual e doméstica e climatério (BRASIL, 2004).

Mesmo após as diversas transformações que ocorreram após a implementação do PAISM, do ponto de vista obstétrico, a mulher ainda era vista apenas como genitora, sem que houvesse a necessidade de uma comunicação atuante da mulher sobre o seu parto, onde era retirada a autonomia sobre o seu corpo e em relação ao seu parto. (GONÇALVES; SILVA; RODRIGUES, 2017).

Nesta perspectiva, foi instituído em 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) onde estabeleceu elementos importantes para assistência da gestação e do parto, onde teve como o objetivo reduzir as taxas de mortalidade materna, adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso tanto pré-natal quanto pós-parto. O PHPN é baseado em dois aspectos fundamentais; o primeiro diz respeito à qualidade adequada do atendimento à mulher e aos familiares, e o segundo à aplicação de medidas e procedimentos reconhecidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2002).

Humanizar o parto não significa apenas fazer com que haja o nascimento, mas desempenhar os processos adequados, dando a mulher liberdade de escolha nas decisões sobre o corpo e que não se torna meramente expectadora de um processo do qual ela é protagonista (NASCIMENTO; SILVA; VIANA 2018).

No ano de 2004 foi idealizada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da mulher (PNAISM), onde o MS preconiza condutas para a humanização e qualidade do atendimento (BRASIL, 2011).

A PNAISM foi elaborada com a finalidade de dar continuação ao progresso da saúde da mulher, onde visa promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres por meio da garantia de direitos e da ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde (BRASIL, 2004). Esta política traz consigo um princípio de igualdade, não apenas uma diretriz que deve ser executada sem uma análise detalhada.

Nessa perspectiva, o PNAISM passou a levar em consideração um paradigma pautado na igualdade e integralidade, no qual assegura assistência

a mulher em todas as etapas da vida. Essas modificações foram indispensáveis para o melhoramento dos indicadores de saúde (PONTES, 2014).

Logo em seguida, em 2011, houve implementação pelo MS de uma rede de cuidados às mulheres, chamada de Rede Cegonha, onde a rede garante às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, e uma estratégia para a atenção humanizada em todo seu ciclo gravídico puerperal. (BRASIL, 2011)

A Rede Cegonha, nos termos do Art. 6º da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, organiza-se a partir de quatro componentes que são: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral a saúde da criança e sistema logístico transporte sanitário e regulação. O pré-natal, que é o primeiro componente, é responsável pela realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com absorção precoce da gestante, realização de exames do pré-natal de risco habitual, além de garantir o acesso ao pré-natal de alto risco. Além disso, abrange a implantação de estratégias de comunicação social e de programas educativos associado à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 2016).

Ainda discorrendo sobre os componentes da Rede Cegonha, o componente parto e nascimento está relacionado a suficiência de leitos obstétricos e neonatais além da garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; Já o puerpério e atenção integral à saúde da criança está relacionado a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, além da busca ativa de crianças vulneráveis e também é de responsabilidade desse componente a prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e orientação e oferta de métodos contraceptivos. Em relação ao sistema logístico, este garante nas situações de urgência, o acesso ao transporte seguro, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, e também a implantação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e consultas e exames (BRASIL, 2011).

3.2 Violência Obstétrica

A relevância em debater sobre as particularidades da violência obstétrica é indispensável e, frequentemente, ocorrem mais debates, desconstrução e disseminação de informações sobre o assunto. A cada dia surgem mais pesquisas que abordam, ainda que algumas, minimamente, em relação ao tema, conforme corrobora e exhibe o atual capítulo que esclarece em relação aos aspectos gerais, os tipos de violência obstétrica a abordagem legal e o posicionamento do ministério da saúde sobre a violência obstétrica.

3.2.1 Aspectos gerais

A violência obstétrica é um conceito usado para definir qualquer tipo de violência sofridas pelas mulheres na procura por serviços de saúde, que ocorra durante o período da gestação, do parto e do pós-parto, incluindo a assistência ao aborto (AGUIAR,2013).

A violência obstétrica ganhou espaço e caráter como problema de saúde pública, e através do discurso da Organização Mundial da Saúde do Relatório “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde” e a elaboração da Iniciativa Hospital Amigo da Mãe e da Criança, a violência obstétrica foi ratificada (Organização Mundial de Saúde, 2011).

Assim como em outros países da América Latina, no Brasil, o termo violência obstétrica é utilizado para explicitar as diversas maneiras de violência contra a mulher, quando o assunto é relacionado à gestação. A violência obstétrica pode ser abarcada desde o início da gestação até o pós-parto, incluindo, também, os casos de abortamento (DINIZ et al., 2014).

Expressões como violência no parto, abuso obstétrico, desrespeito e abuso, violência de gênero no parto e aborto, violência institucional no parto, entre outras, foram utilizadas inicialmente para descrever e agrupar diversas formas de violências e danos durante o cuidado obstétrico (TESSER, 2015).

Segundo Andrade e Aggio (2014), a violência obstétrica ainda tem pouca visibilidade enquanto um ato violento, pois ocorre no mesmo momento a grande emoção que mulheres estão vivenciando, que as fazem aceitar o silêncio, sendo necessário abordar os direitos da mulher durante a gestação, parto e pós-parto,

especialmente nas consultas de pré-natais, onde se tem a oportunidade de abordar os variados assuntos e, instrumentaliza-la para à tomada de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição, e que ela possa argumentar e denunciar situações de desrespeito.

A assistência ao parto não está relacionada, apenas, a uma prática biológica, mas existem dimensões como a biológica, psicológica, relacional e espiritual relacionadas à parturiente. De acordo com Chauí (2006), as desigualdades sociais favorecem às expressões de violência, facilitando uma sociedade autoritária, hierárquica, oligárquica e autoritária, o que torna as mudanças no quadro mais difíceis, pois há bloqueios e dificuldades relacionadas à efetivação dos direitos humanos – incluindo o bem-estar biológico, psicológico e todas as questões que cercam, de fato, a mulher (GOMES; NATIONS; LUZ; 2008).

3.2.2 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Segundo a rede parto do princípio (2012), a violência obstétrica pode abarcar seis modalidades distintas: físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático.

Tipo de Violência	Descrição
Físico	Atos que atinjam o corpo da mulher, com interferências que causem algum dano – ou dor física, independente do grau -, sem respaldo científico, como a privação de alimentos, uso indiscriminado de ocitocina, não utilização de analgésico e manobra de Kristeller.
Caráter psicológico	Ação comportamental ou verbal que cause na paciente o sentimento de inferioridade, vulnerabilidade, instabilidade emocional, medo, diminuição de dignidade e dissuasão. De acordo com pesquisas realizadas em 2010 uma entre quatro mulheres sofrem de violência durante o parto, entre elas estão pacientes em situação econômica desfavorecida que são atendidas por hospitais públicos, nordestinas, portadoras de HIV, prostitutas, usuárias de drogas, mulheres solteiras, adolescente, negras, estrangeiras entre outras.
Sexual	Se conceitua como toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. Como por exemplo, a episiotomia, exames de toques indiscriminados, ruptura ou descolamento de membranas sem o consentimento e exames repetitivos de mama sem esclarecimento.
Institucional	É definido como ação ou forma de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estes ações ou serviços, de natureza pública ou privada, como o impedimento do acesso aos serviços de saúde, impedimento a amamentação, falta de fiscalização das agências reguladoras.

Material	São ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica. Exemplo claro desse tipo de violência são as cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privada, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante.
Midiático	Define-se como ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar, psicologicamente, mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente, como apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação.

Quadro 1 – Tipos de violência

Fonte: Souza (2014)

Infere-se inicialmente que vários atos de violência, não são vistos e compreendidos pela sociedade, que utiliza os serviços públicos de saúde como violência obstétrica, conforme dito anteriormente, infelizmente ainda é despercebida e admita pelo corpo social como algo simples e natural, haja vista é fundamentada e explicada como sendo “ações essenciais ao conforto e benéficas para as próprias mulheres” (SOUZA, 2014).

A violência é efetivada a partir de atividades que recaiam sobre o corpo da mulher, que intervém, geram sofrimento ou lesão física de distintos graus, sem norteamento e base científica, exemplo é a privação de alimentos, imposições em relação à movimentação, o hábito de utilizar a manobra de Kristeller, uso frequente de ocitocina, cesariana opcional sem adequação clínica e a falta de utilização de analgesia quando estrategicamente apontada (CIELLO, 2012).

É imprescindível pontuar que o uso da manobra de Kristeller é proibida, porém, esse exercício ilícito continua sendo posto em prática nos hospitais e centros de maternidade, apesar de jamais constar em fichas e prontuários formais (LEAL et al., 2012; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). E em relação a utilização de analgesia, conforme Soares et.al (2010), a analgesia epidural é tida como o procedimento de predileção que utiliza fármacos ultra diluídos eficazes para estimular alívio de dores com leves efeitos colaterais.

Observa-se no quadro que a violência verbal é causada por atos comportamentais que provocam na mulher sensações de inferioridade, vulnerabilidade, abandono e desequilíbrio emocional. Ambos podem ser

desencadeados por meio de ameaças, informações inverídicas ou até mesmo a omissão de informações pertinentes a mulher ou quando é repassada pelos profissionais de forma inacessível com uso de uma linguagem robusta calcada em estilismo e formalidade excessiva (LOPES, 2014). Nesse prisma, é necessário que os profissionais e servidores da saúde se comuniquem de forma clara e objetiva, facilitando a troca de ideias e aumentando a comunicação e unindo os profissionais com os pacientes, evidenciando que ambos podem ter uma relação digna e compreensível.

De acordo com o quadro exposto, a violência sexual pode ser qualquer ação dirigida a mulher que desrespeite sua intimidade ou pudor, incomodando e afligindo a prudência de índole sexual e reprodutiva, podendo invadir ou não os órgãos sexuais e partes íntimas, especificamente pode ser a prática da episiotomia, lavagem intestinal, cesariana sem autorização ou permissão, e também os exames repetitivos dos mamilos sem explicação e sem licença (CIELLO, 2012).

Assim, a violência institucional pode ser evidenciada pelas formas de organização que burocratizam, atrasam ou inviabilizam o acolhimento da mulher aos seus direitos e garantias constituídas, por exemplo a restrição do atendimento à saúde, impedimento ao ato de amamentar, exclusão ou descumprimento dos direitos garantidos da mulher ao decorrer do período de gestação e também protocolos institucionais que inibam ou contradigam as regras vigentes (CIELLO, 2012).

De acordo com o quadro exposto, a violência material pode ser simbolizada por atos ativos e passivos com a finalidade de adquirir recursos monetários de mulheres que estão em processos reprodutivos, reprimindo seus direitos e benefícios certificados por lei, tais como as cobranças indevidas por planos e funcionários de saúde, persuasão para contratação de plano de saúde (SANTOS, 2012).

A violência midiática podem ser as ações feitas pelos profissionais por meio de mídias sociais, destinadas a infringir psicologicamente as mulheres durante a gravidez, podendo ser a persistente defesa da cirurgia cesariana por motivos de divulgação e sem recomendação científica ou até mesmo a ridicularização do parto normal e o marketing de maneiras de alteração para a

desvantagem do aleitamento materno e influência ao desmame prematuro (LEAL, 2012).

É de suma importância ressaltar que os impactos e comoções geradas por um parto violento refletem no decorrer da vida e nas lembranças a concepção de angústia e aflição relacionado a essa fase se prolongará de geração em geração.

Nesse sentido, conforme Souza (2014) a experiência que a mulher terá no pós-parto, provém de várias condições, desde aquelas inerentes à mulher e à gestação, até aquelas, referentes ao sistema de saúde, ao serviço prestado e aos profissionais de saúde, sendo que a assistência recebida pelo grupo de saúde poderá ecoar no progresso de desordens psiquiátricas, especificamente a depressão pós-parto. Em síntese, a forma dos profissionais abordar e guiar a mulher com empatia e acatando seus anseios é fator decisivo ao seu bem-estar futuro, e irá ditar se foi um episódio positivo ou negativo.

Viabilizando detalhar melhor como os profissionais devem auxiliar a grávida no momento do parto, posteriormente será exibido como deve ser a abordagem legal para evitar e identificar tais violências apresentadas.

3.2.3 Violência obstétrica contra as mulheres negras vivenciadas pela saúde brasileira

O Brasil evidencia uma intensa desigualdade racial e socioeconômica, o que representa um índice elevado de mortalidade materna em mulheres negras. No que tange a saúde reprodutiva, existe uma associação com a escassez de ingresso aos serviços de qualidade. Além disso, há diversos indícios de que as mulheres negras e de baixa renda estão propensas a um risco maior de mortalidade por causas obstétricas ligadas à cor da pele (BRITO, 2018).

Dados demonstram que as mulheres negras são as maiores vítimas da violência obstétrica no Brasil, ocupando aproximadamente 60% dos índices de mortalidade materna, de acordo com o Ministério da Saúde. A motivação para tanto reside na probabilidade que as mulheres negras têm um pré-natal inadequado, sem o devido acompanhamento, com exames e consultas (SOUZA, 2019).

É importante salientar as diversas maneiras de demonstrar as desigualdades raciais, como por exemplo, a violência racial, potencialmente em torno das mulheres negras, que alterna em torno dos serviços domésticos e a sexualização através da figura da 'mulata', o que mostra que há uma diferença racial e multifatorial entre mulheres brancas e negras, assim como o racismo em sua produção e reprodução. A partir disso, toma-se conhecimento que o papel da mulher negra na social foi construído a partir de uma rede de interpretações baseada no racismo e na sexualização. (ASSIS, 2018)

É válido destacar que há um estereótipo em cima da mulher negra, como um ser forte e mais resistente à dor e traz consigo diversas implicações, inclusive no atendimento ambulatorial ou hospitalar. Como em qualquer gestação, toda mulher deve ser acompanhada durante o período gestacional, inclusive recebendo um pré-natal adequado. No entanto, muitas vezes o pré-natal é negligenciado em gestantes negras, exatamente por se pensar que são "mais fortes" e "não adoecem". (VENTURA, 2018)

Tem-se que a população negra é naturalmente mais propensa a contrair algumas doenças e somado a isso, há uma discriminação no tratamento pré-natal sendo que apenas 56% (cinquenta e seis por cento) das gestantes negras participaram de sete ou mais consultas (FERREIRA, 2018).

Desse modo, tem-se que a violência e o racismo institucional denotam um desfavorecimento social, político e até mesmo econômico vivenciado pela população negra. O racismo institucional é a incapacidade das instituições em prestar um atendimento adequado e igualitário a todas as pessoas, independentemente de cor, cultura e origem racial, manifestando-se através de comportamentos discriminatórios (SOUZA, 2019).

Importante frisar, que não é só no âmbito da saúde que a raça negra sofre com vulnerabilidade, sendo também evidente nos altos números de homicídios, população carcerária e taxa de desemprego. Por isso, pode-se afirmar que o cenário problemático das mulheres negras que estão no período gravídico-puerperal é só mais uma das diversas faces do racismo institucional presente na sociedade brasileira. Sobre o tema, tem-se:

É importante lembrar que na história das mulheres negras, existe um processo violento que insiste em permanecer na atualidade. Desde a travessia transatlântica no interior dos tumbeiros e navios negreiros, as

mulheres negras foram alvos de violência por terem sido, sumariamente, separadas de seus filhos e obrigadas a terem partos análogos ao de animais, fato que nos remete à realidade de muitas mulheres negras nos serviços de saúde atualmente (SOUZA, 2019, p. 9)

Desse modo, a ideia da mulher negra como uma pessoa forte e imune a todo e qualquer tipo de sofrimento, é uma construção histórica advinda da época escravocrata. Com isso, há o estigma da resistência a dor pela mulher negra e esse discurso é usualmente empregado para justificar as mais diversas formas de violência (VENTURA, 2018).

Essa prática é evidenciada diariamente no SUS, já que aproximadamente 80% (oitenta por cento) da população negra utiliza o sistema público de saúde. Entretanto, esse racismo institucional ocorre muitas vezes implicitamente, como por exemplo, quando o médico é mais propenso a receitar analgésicos as gestantes brancas do que em relação às negras (ASSIS, 2018).

No entanto, as questões da saúde da mulher nas Políticas Públicas Nacionais houve apenas uma pequena quantidade de trabalhos que tem como foco a relação entre raça/cor e a gestação (LEAL et al., 2018).

E por este motivo, o Ministério da Saúde implantou no fim da década passada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), com o propósito de promover a saúde deste grupo, trazendo em foco a diminuição das desigualdades étnico-raciais, o enfrentamento ao racismo e à intolerância nos serviços do SUS, além de estimular a equidade nos serviços de saúde. Esta política nacional é um símbolo que demonstra a população negra com a finalidade de assegurar maior grau de igualdade no que tange à concretização do direito humano à saúde (BRASIL, 2013).

Dessa maneira, ao se mencionar sobre o racismo Institucional, reforçam que as mulheres negras são as que têm mais prevalência sobre a mortalidade Materna no Brasil. Além disso, o período reservado para o atendimento da mulher negra é normalmente menor em comparação às brancas. O autor ainda enfatiza que as mulheres negras são marginalizadas de forma direta ou indireta alguns profissionais. Ademais, faz-se necessário uma reflexão de como o viés racial na atenção obstétrica é instalado, de modo a proporcionar o direito à assistência as mulheres negras nos serviços de saúde. (ASSIS, 2018)

3.2.4 Posicionamento do Ministério da Saúde sobre a violência obstétrica

O Ministério da Saúde ao ser instado a manifestar-se sobre a violência obstétrica, afirmou que esse termo não deveria ser utilizado em razão da ausência de consenso acerca de seu significado, através do despacho SEI/MS – 9087621 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Todavia, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos desconsiderou o referido despacho por ser considerado como um retrocesso no que tange as políticas públicas de saúde da mulher e saúde materna. Além do mais, garantiu a participação da sociedade na Política Nacional de Humanização do SUS e no Programa Humanização do Parto e Nascimento, e também na tipificação de quais condutas podem ser caracterizadas como violência obstétrica (DOU, 2019)

Para a fundamentação da recomendação o órgão salientou diversos procedimentos realizados pela saúde brasileira, afirmando que (DOU, 2019):

CONSIDERANDO que os resultados da pesquisa Nacer no Brasil, realizada entre 2011 e 2012, a qual teve como um de seus objetivos analisar as intervenções realizadas, apontaram que em mais de 70% das mulheres foi realizada punção venosa; que cerca de 40% receberam ocitocina e realizaram amniotomia (ruptura da membrana que envolve o feto) para aceleração do parto e que 30% receberam analgesia raqui/peridural. E que, em relação as intervenções realizadas durante o parto, a posição de litotomia (deitada com a face para cima e de joelhos flexionados) foi utilizada em 92% dos casos; a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero) teve uma ocorrência de 37% e a episiotomia (corte na região do períneo) ocorreu em 56% dos partos (BRASIL, 2019).

Logo após, o Ministério Público Federal interviu na problemática e recomendou que o Ministério da Saúde esclarecesse através de uma nota que o termo violência obstétrica é empregado corretamente em vários documentos científicos e legais e que seu uso poderia ser feito por profissionais de saúde (BRASIL, 2019).

Com isso, o Ministério da Saúde considerou como legítimo o uso do termo para enquadrar as mais diversas experiências vivenciadas pelas mulheres, referentes ao parto e nascimento, como por exemplo, maus tratos, desrespeito, abuso, entre outras (BRASIL, 2019).

3.2.5. Capacitação e treinamento da equipe médica para atendimento humanizado

A capacitação dos profissionais da área da saúde, principalmente dos médicos, tem função estruturante no atual cenário da assistência e na forte capacidade de resistir e distanciar à transformação. Enquanto os mais destacáveis indícios são atualizados e promulgados rapidamente em meios eletrônicos, disponíveis mediante a internet, grande parte dos cursos de medicina tem suas documentações e respaldos bibliográficos fundamentados em livros ultrapassados, com baixas orientações aos estudantes como alcançar, analisar e revisar os conteúdos acessíveis em relação a temas específicos. (ANDRADE, 2016).

Isso sugere que os formandos têm restringido seus conhecimentos sobre a prática baseada em evidência, muitas vezes considerando as melhores práticas aprovadas, como questões “de convicção”, “de filosofia”, e não como padrão coerente da assistência (ANDRADE, 2016).

Leal (2012) acrescenta que a ação médica é, muitas vezes, assimilada de forma descolada do seu delineamento ético e com a preferência de competências em desvantagem aos princípios como o cuidado. O autor relata situações em que mulheres são consideradas objetos ao dispor do treinamento e aperfeiçoamento de internos, como em casos que pode haver negociação entre estudante e residente para a prática de uma episiotomia com a finalidade de treino sem a paciente concordar com tal situação.

Há outros fatores que dificultam a fomentação do parto humanizado, sendo eles a falta de empatia da equipe de saúde para suprir e propor melhoras as necessidades e anseios de suas pacientes; as circunstâncias do sistema de saúde, público e privado; e falta de esclarecimentos sobre as particularidades do parto e nascimento. É de suma importância a compreensão e empatia dos

profissionais com a paciente e que mesmo em ambientes desproporcionais saibam guiar e se adequar visando o bem-estar da mulher. (LEAL, 2012).

Portanto, o debate e a educação constante dos médicos são uma das diversas estratégias essenciais, no sentido de permitir e fomentar reflexões por parte da equipe e provocar de forma efetiva transformações e amadurecimento na assistência servida ao binômio mãe e filho (MATOS et al., 2010).

Enfim, ressalta-se a importância do profissional de enfermagem como um agente facilitador do TP e nascimento, sustentando o argumento de que o movimento de humanização deve se contrapor ao modelo biomédico, especialmente para resgatar a competência da mulher no processo de gerar e parir (AZEVEDO, et. al. 2006, p. 445). Além disso:

Para que a assistência ao parto e nascimento se torne realmente humanizada é necessário que os profissionais de saúde aceitem a postura da mulher como condutora do processo de parturição e comecem a respeitar suas vontades e direitos. É de vital importância reconhecer a mulher como um indivíduo único, para que o profissional estabeleça um plano de assistência correlacionado com as necessidades da cliente; pois cada mulher é um ser único, possuidor de valores, sentimentos e crenças que devem ser respeitados.

Além de elaborar normas e protocolos para a humanização do parto, o Ministério da Saúde também sugere e incentiva que para gerar um cuidado com qualidade e capaz de beneficiar à mulher gestante, é preciso mudar o modelo e os fundamentos que são formados os profissionais, devendo-se investir em uma formação mais humanizada e menos intervencionista, abandonando a ideia de que o homem deve intervir em tudo que diz respeito a mulher (GONÇALVES, 2013).

4 METODOLOGIA

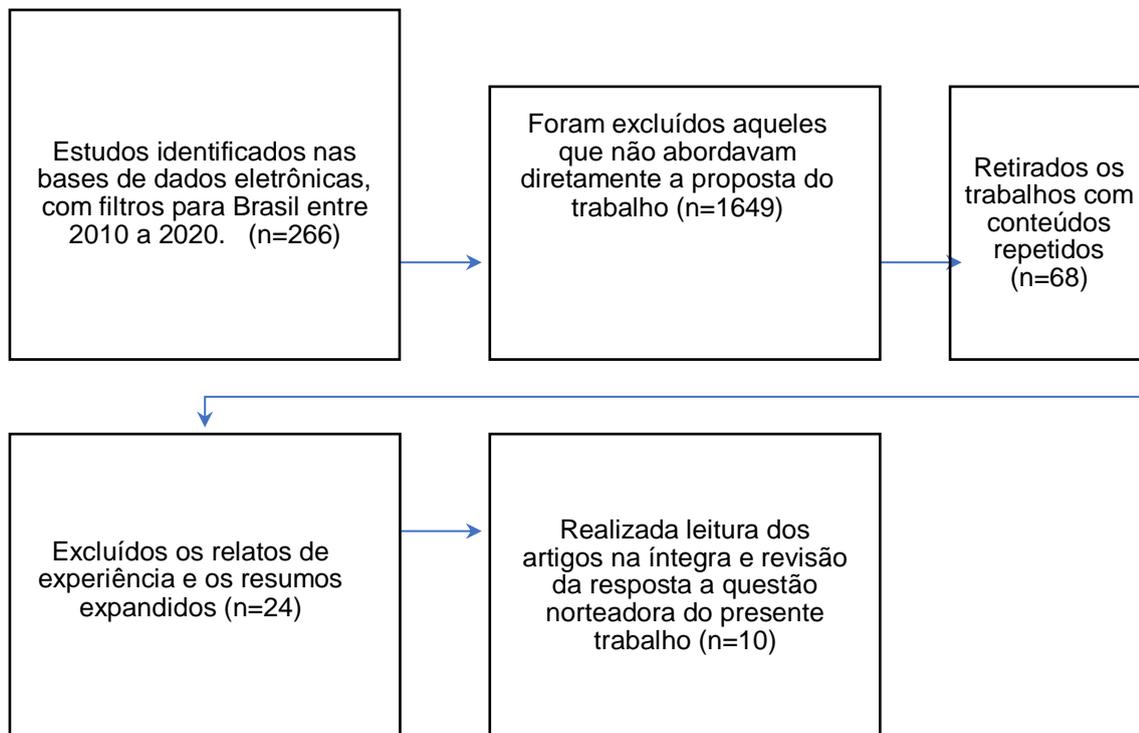
O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura, onde foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas principais plataformas. Os textos científicos usados compõem o banco de arquivos e bases da Literatura Latina e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Publicações Médicas (PubMed). Para a seleção dos artigos, foram consideradas como critério de inclusão as bibliografias do período de 2010 a 2020 e somente artigos da língua portuguesa, essa busca foi realizada nos seguintes descritores *Violência and* Institucional, *Violência and* Obstétrica, *Violência and* Obstétrica *and* Negra.

Foram excluídas obras acima de 10 anos de publicação, que não sejam da língua portuguesa, e que não abordam pelo menos um dos objetivos traçados no estudo.

A leitura do material consistiu de quatro etapas. A primeira, chamada de leitura exploratória, teve como objetivo a verificação da obra consultada em relação ao interesse de pesquisa. Aqui foram selecionados os artigos de acordo com os descritores e critérios de exclusão. A leitura seletiva, segunda etapa da leitura, se caracterizou pela maior profundidade de seleção do material em relação ao tema de pesquisa.

Após a seleção dos textos, foi feita a leitura analítica, que teve como finalidade ordenar e classificar as informações para que fosse possível a obtenção de respostas aos problemas da pesquisa. Os artigos selecionados foram categorizados a partir do ano de publicação, autor, base de dados em que foi encontrado, local da pesquisa, fonte de publicação, abordagem e delineamento. Na última etapa do processo de revisão, na leitura interpretativa, foram conferidos os resultados da etapa anterior e relacionados com o objetivo da pesquisa.

O total de estudos identificados nas bases de dados eletrônicas de acordo com os parâmetros supramencionados foi de 266 artigos. Após, foram excluídos aqueles que não abordavam diretamente a proposta do presente trabalho. Posteriormente, foram retirados aqueles que possuíam conteúdos repetidos. Por fim, foram excluídos os relatos de experiência e os resumos expandidos. Após a leitura minuciosa de cada artigo, a escolha final foi de 10 publicações visando garantir maior confiabilidade, e idoneidade no que tange a apresentação do presente trabalho.



5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa bibliográfica mostraram a escassez de textos que versam sobre a saúde da mulher negra.

A partir desses dados, pode-se dizer que não só a relação entre racismo e saúde da mulher negra é pouco estudada como também a entrada desse assunto na literatura brasileira é relativamente recente. Embora não seja possível afirmar o motivo da baixa produção científica, esta já era esperada, e número escasso de artigos confirmou o chamado racismo epistêmico evidenciado (WERNECK, 2016).

AUTOR	PERIÓDICO	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS
ANDRADE, et. al., 2017	Revista Científica Fagoc Saúde – Volume II	Analisar a violência obstétrica numa perspectiva de gênero, além de avaliar como a humanização da assistência ao parto e nascimento contribui para uma mudança nesse contexto.	Revisão bibliográfica da literatura, baseada em artigos científicos extraídos de bases de dados, além de livros, revistas científicas, desencadeando o três marcos teóricos: violência institucional, relação de gênero e processo da humanização.	Evidenciaram que as questões de gênero, enquanto posicionamento sociais vêm influenciando na perda da autonomia da gestante, favorecendo a violência obstétrica e o uso abusivo de intervenções.
ASSIS, 2018	Revista Brasileira de Conhecimento e Desenvolvimento Humano	Levantar os conceitos interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos para compreender a violência obstétrica relacionada às mulheres negras na saúde	Revisão de pesquisa bibliográfica e análise de conteúdo.	Constatou-se que o investimento em educação continuada e o redesenho da formação profissional, visando maior conhecimento e visibilidade das condições de vida e saúde da população negra, são urgentes.

LIMA, 2019.	Ciência & Saúde Coletiva	Compreender e analisar as vivências de mulheres negras acerca dos cuidados na gestação, parto e pós-parto	Pesquisa empírica, de abordagem qualitativa	Conclui-se que o racismo estrutural dificulta e nega o acesso às mulheres negras aos seus direitos reprodutivos.
SOUZA, 2019.	Revista Brasileira de Sociologia da Emoção	buscou-se apresentar por quais motivos as mulheres negras são os maiores alvos da prática desse modo de violência no Brasil, ligando diretamente os resquícios históricos da escravidão e perpetuação de estigmas inferiorizantes acerca da população negra, especificamente das mulheres negras	Pesquisa qualitativa	Demonstrou-se que é necessário promover a produção e divulgação de conhecimentos sobre a gestação, o parto, e o próprio cenário de violências atuais na assistência materna, para que as parturientes tenham acesso a informações de qualidade acerca das opções
BELFORT; KALCKMANN ; BATISTA, 2016.	Revista Saúde e Sociedade	Descrever como ocorre a assistência ao ciclo gravídico puerperal de mulheres negras residentes no município de Icatu, no Maranhão.	Pesquisa descritiva exploratória desenvolvida com puérperas que tiveram parto no Hospital Municipal da cidade	Constatou-se que Todas as mulheres de cor preta e a maioria das de cor parda tiveram anemia ferropriva no período gestacional. Elas gostariam de ser escutadas na hora do parto e de receberem mais atenção, com maior acolhimento.
VAZ, 2019	Instituto Latino-Americano de arte, cultura e história	Analisar como as questões raciais interferem na incidência da violência obstétrica	Bibliográfica e documental.	A população negra encontra mais obstáculos no acesso aos serviços de saúde do que a população branca, o que implica necessariamente na medicalização e

				na taxa de mortalidade materna.
CASTILHO, 2019	IX Jornada Internacional de Políticas Públicas – Universidade Federal do Maranhão – Centro de ciências sociais	Análise da violência obstétrica, a partir da perspectiva das gestantes negras, tendo como referência empírica a realidade das maternidades públicas localizadas no município de São Luís do Maranhão	Pesquisa de caráter qualitativo, através de um estudo exploratório – pesquisa bibliográfica	A violência obstétrica contra mulheres negras é um fenômeno existente nas maternidades e serviços de saúde e por isso é considerada como uma violência institucional e carece de políticas públicas.
OLIVEIRA, 2018	Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira	Investigação da violência obstétrica perpetrada a mulheres negras que estavam no ciclo-gravídico puerperal em um hospital público de Feira de Santana – Bahia entre julho a setembro de 2016.	Pesquisa de cunho qualitativo, exploratório. O método de abordagem foi a entrevista semi-estruturada.	O estudo revelou diversas situações de descaso na assistência a saúde das mulheres negras. Também foram constatados momentos de solidão e abandono.
BIDU, et. al., 2020	Revista Saúde em Foco	Compreender os fatores que geram desigualdades no cuidado com mulheres negras no período gravídico-puerperal, acompanhadas em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro.	Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa.	A violência obstétrica é naturalizada pelas mulheres vítimas e muitas vezes relacionada a condição socioeconômica e não a racial.
FERREIRA, 2018	X Congresso Brasileiro de Pesquisadores Negros	Apresentação de dados e ligação histórica com a desigualdade racial no Brasil, além de criticar a proposta da política de saúde que se diz igualitária, mas não oferece um serviço humanizado a todas as gestantes.	Pesquisa bibliográfica, a partir do estudo “O nascer no Brasil”.	O racismo institucional é presente na saúde e as situações de discriminação racial contribuem com os comportamentos inadequados, baixa adesão aos tratamentos

				e adoecimentos das mulheres.
--	--	--	--	------------------------------

6 DISCUSSÃO

O parto no Brasil mostra-se como um momento de diversas intervenções desnecessárias, sem o devido respeito com a parturiente, bem como dos aspectos físicos, psíquicos e fisiológicos que envolvem o momento. Como consequência, observa-se que várias mulheres são vítimas de violência obstétrica, onde a discriminação e descaso ocorrem com maior frequência em mulheres negras.

6.1 Violência obstétrica com mulheres negras

Uma a cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, incluindo procedimentos dolorosos que não foram informados e muito menos autorizados, ausência de anestesia, negligência, assédio sexual durante o pré-natal, proibição de acompanhante e ausência de tato e empatia na conversa com a parturiente (CASTILHO, 2019).

Essa situação pode ser exemplificada com o relato de uma paciente que afirmou ter ouvido da médica no trabalho de parto para que ela “se virasse e colocasse o filho para fora porque não iria realizar a episiotomia e que estava sentada esperando”. Uma situação diversa relatada por outra paciente foi efetivada por um técnico de radiologia que comparou o nascituro a um lixo, ao ser questionado sobre os efeitos do Raio-x em relação ao bebê. Tais discursos evidenciam o descaso e as situações vexatórias sofridas por essas mulheres (OLIVEIRA, 2018).

As mulheres negras descrevem o trabalho de parto como solitário elevado de medo tem muita dor. Essa descrição é apontada principalmente pelas negras solteiras de baixa renda. Além do mais, a utilização de expressões tais como quando você fez você gostou”, são rotineiras no SUS e caracteriza uma violência

disciplinar que desmoraliza a figura da mulher e naturaliza o sofrimento (CASTILHO, 2019).

Entretanto, o racismo velado faz-se presente e muitas vezes as vítimas não percebem o aspecto pejorativo imposto a sua condição de mulher negra grávida dependente da saúde pública brasileira (OLIVEIRA, 2018). Verifica-se que há uma dificuldade delas em perceberem que esse descaso é fruto de um preconceito racial e não da condição socioeconômica baixa (BIDU et. al., 2020).

Em relação a mortalidade materna no país tem-se que 60% das vítimas são negras e apenas 27% (vinte e sete por cento) das mulheres negras são acompanhadas durante o parto. Em contrapartida, praticamente 47% (quarenta e sete por cento) das mulheres brancas têm acompanhante durante o momento do parto (CASTILHO, 2019). Estima-se que 92% das mortes maternas são evitáveis, já que são atribuídas a demora e ineficiência do atendimento (VAZ, 2019).

A medicina explica que as negras estão propensas a contrair doenças como a diabetes, hipertensão, anemia e doença falciforme. Todavia, a discriminação no tratamento do SUS, com a consequente diminuição de atendimento pré-natal e durante o parto, faz com que a taxa de mortalidade seja ainda mais elevada (FERREIRA, 2018).

Menos de 20% (vinte por cento) das mulheres negras com um nível de escolaridade baixo realizaram um pré-natal adequado, enquanto as que tem um nível mais elevado de escolaridade não chegaram a 50% (cinquenta por cento) (VAZ, 2019).

Corroborando isso, mulheres pretas e pardas sofrem de depressão pós-parto e vinculou se menos a maternidade recebendo poucas orientações e diretrizes acerca da maternidade e parto, em razão do tempo de atendimento médico à uma mulher negra é consideravelmente menor do que uma mulher branca. Assim, o SUS tem enraizado um racismo estrutural no que tange ao parto das mulheres negras (FERREIRA, 2018).

6.2 Atuação da equipe médica no momento do parto

Inconscientemente, os médicos possuem estereótipos negativos contra afro-americanos e por isso há diferença no tratamento quando comparadas com

as pessoas brancas. Somado a isso, os médicos estão mais propensos a receitarem analgésicos para pacientes brancos do que para negros e esses têm um maior tempo de espera para atendimento e menor privacidade nos exames (ASSIS, 2018).

No que tange ao momento do parto, as mulheres pretas são submetidas a menores níveis de respeito e a um maior relato de violência. A equipe médica tenta justificar a situação afirmando que a mulher negra é mais resistente a dor, transparecendo o chamado Racismo Institucional. Essa modalidade de racismo é conhecida como o fracasso das instituições incumbidas de prestar um serviço profissional adequado a todas pessoas independentemente da cor, cultura, origem racial ou étnica. Manifesta-se com atitudes discriminatórias, falta de atenção e cuidado, preconceito, descaso, entre outras (ASSIS, 2018).

As mulheres negras no momento do parto são tratadas como mero objetos e com isso sentem-se inferiorizadas. Toda essa experiência gera um trauma na mulher que cogita não ter mais filhos para não ser submetida a essa situação vexatória nunca mais. Os relatos mostram que pacientes imploram por uma cesariana, mas a equipe médica força o parto normal, inclusive subindo em cima da barriga da gestante. Outra paciente afirma que encostou no braço do médico pedindo pela intervenção cirúrgica e ele rispidamente salientou que ela não poderia ficar encostando nele (SOUZA, 2019).

Tem-se que por diversas vezes a equipe médica não se faz presente no momento do parto normal, deixando a gestante sozinha no quarto com o seu acompanhante, passando de hora em hora para aferir os batimentos do bebê e o nível de dilatação. Quando o trabalho de parto é demasiadamente prolongado, a equipe diversas vezes utiliza do fórceps sem o consentimento da mulher que se sente violada. Além do mais, verifica-se que a utilização do fórceps tem grande potencialidade de gerar consequências tanto para mãe quanto para o bebê, como por exemplo, contusões, hemorragias, quebra de costelas, entre outras (SOUZA, 2019).

6.3 Formas humanizadas de parto em mulheres negras

Diante de todas as situações de abuso vivenciadas pelas mulheres negras no momento do parto na rede pública de saúde, mostra-se como de extrema

importância a promoção de um parto humanizado como forma de enfrentar a violência obstétrica. O parto humanizado pressupõe uma assistência mais humana, respeitando as escolhas e os direitos da gestante. Ademais, traduz-se na colocação da mulher como sujeito ativo na realização do parto de seu filho (SOUZA, 2019).

Dessa maneira, um atendimento humanizado prioriza a posição da parturiente, ouvindo e buscando a melhor maneira para a condução de um atendimento baseado no respeito, empatia e de qualidade. Além do mais, não há a intervenção desnecessária, sendo reconhecidos os aspectos fisiológicos, sociais e culturais do parto. A equipe médica oferece todo o suporte emocional a mulher e aos acompanhantes (ANDRADE, et. al., 2017).

Pode-se constatar que o parto humanizado é aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas, respeitando as condições físicas e psíquicas da parturiente e promovendo um ambiente que transborde respeito e acolhimento. Garante também, a prévia solicitação e o consentimento de todo e qualquer procedimento que venha a ser realizado na mulher (ANDRADE, et. al., 2017).

Por isso, para que o tratamento das parturientes negras no Brasil seja digno, faz-se necessário o incentivo aos trabalhadores da saúde em aprimorar os seus conhecimentos, para aplicar um parto humanizado, baseado em todas as características supramencionadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez é um momento em que há enormes expectativas para algumas das mulheres e suas famílias, em razão do nascimento de um filho ser considerado como sonho para muitas. O parto, também representa um acontecimento importante na vida da mulher e da família, entretanto, podem determinar benefícios ou danos psicológicos.

Esse momento, em que poderia ser festivo e alegre, muitas vezes se torna um momento solitário, de dor e constrangimentos. Preconceitos raciais que apontam para o racismo institucional e o sexismo existente no espaço das unidades de saúde, evidenciam uma dinâmica cheia de conflitos.

Portanto, as políticas públicas implantadas precisam serem melhores discutidas e buscando ações estratégicas em vários níveis, que visem combater as práticas prejudiciais à saúde da mulher, especificamente, no período gravídico-puerperal.

Outro ponto evidenciado e importante ressaltar é quanto à necessidade de transformações na formação dos recursos humanos durante a graduação, especialização e na formação continuada. Portanto, temas como os direitos das mulheres e os direitos sexuais e reprodutivos devem ser sempre discutidos na academia e sociedade, reforçando qualidade da assistência.

É essencial criar um espaço para compreender e promover o processo de humanização do nascimento como a principal estratégia, que vai de encontro, com o modelo hegemônico da assistência médica.

Conclui-se, que todas as mulheres, sejam elas negras, brancas, indígenas, se empoderem dos seus direitos, para que possam reivindicar por uma assistência de qualidade, combatendo, atos de violência institucional e discriminação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 15, n. 36, p. 79-92, marzo 2011 . Disponible en <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=es&nrm=iso>. accedido en 04 set. 2020. Epub 10-Dic-2010. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>.

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. de M. **Violência obstétrica**: a dor que cala. Londrina, 2014. Disponível em: < <http://www.uel.br/>>. Acesso em 25 out. 2020.

ANDRADE, et. al. Violência obstétrica e suas perspectivas na relação de gênero. **Revista Científica Fagoc Saúde**, Volume II, 2017.

ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc. São Paulo**, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sssoc/n133/0101-6628-sssoc-133-0547.pdf. Acesso em: 15 Set. 2020.

ASSIS, Jussara. **Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos**: compreensões a violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc. São Paulo**, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n133/0101-6628-sssoc-133-0547.pdf>> Acesso em: 27 out. 2020.

BALASKAS, Janet. **Parto Ativo**: guia prático para o parto natural. 2. ed. São Paulo: Ground, 2008.

BARBOSA, Luara de Carvalho et. al. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Avances en Enfermería**, v. 35, n. 2, p. 190-207, 2017.

BARCELLOS, Luiza Gonçalves, et al. Cesariana: uma visão bioética. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, p. 497-510, 2009.

BELFORT, Ilka Kassandra Pereira; KALCKMANN, Suzana; BATISTA, Luís Eduardo. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. **Saude soc.** São Paulo , v. 25, n. 3, p. 631-640, Sept. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300631&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Nov. 2020

BIDU, Hania Silva; SILVA, Monique França da. Percepção de mulheres negras do racismo institucional na linha de cuidado materno-infantil. **Revista Saúde em Foco**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.24-36, jan/jun 2020. Disponível em:

<<http://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/684/621>>. Acesso em: 13 Set 2020

BRASIL. Lei nº 11108, de 7 de abril de 2005. **Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato**, [S. l.], 7 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 2 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: política nacional de humanização/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto: Humanização no Pré-natal e nascimento**. Brasília. 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 5.jul.2020

Brasil. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**, Ministério da Saúde, ed. 20, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pacto_reducao_mortalidade_materna_neonatal.pdf. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Humanização. Brasília. 2003**. Disponível em: <https://www.souenfermagem.com.br/biblioteca/arquivos/Pol%c3%adtica%20Nacional%20de%20Humaniza%c3%a7%c3%a3o.pdf> . Acesso em: 25 nov.2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Rede Cegonha**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 15 set.2020

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho SEI/MS - 9087621**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0 Acesso em: 18 set.2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 10.set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf> Acesso em: 15 out. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, Débora. **Maioria de mortes maternas no país ocorre entre mulheres negras jovens: Mulheres negras têm duas vezes mais chances de morrer por gravidez.** Brasília, 2018. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-05/maioria-de-mortes-maternas-no-pais-ocorre-entre-mulhere-negras-jovens>>. Acesso em: 18 Nov. 2020.

CARVALHO, Laëtítia Cristina Varejão. **Os efeitos da manobra de kristeller no segundo período de trabalho de parto.** Porto, 2014. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final%20La%C3%ABtitia%20Carvalho.pdf>> Acesso em: 28 out. 2020.

CASTILHO, Glaucejane Galhardo da Cruz de. **Violência Obstétrica: uma análise a partir da perspectiva das gestantes negras.** IX Jornada Internacional de Políticas Públicas – Universidade Federal do Maranhão – Centro de Ciências Sociais, 2019. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaold_861_8615cba7eee34f98.pdf> Acesso em: 27 out. 2020

CASTRO, Jamile Claro de and CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2005, vol.13, n.6, pp.960-967.

CECHIN, PL. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. 2002 [cited 2017 jan 20]; 55(4): 444-48. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n4/v55n4a15.pdf>> Acesso em: 25 out. 2020

CHAUÍ M. Ética e Violência. **Teoria & Debate**. São Paulo. (Fundação Perseu Abramo,

CIELLO, et al. **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor” Parto do Princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa**. 2012.

Cruz, D. C. dos S., Sumam, N. de S., & Spíndola, T. Immediate care given to newborns and promotion of mother-baby bond. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**, 41(4), 690-697, 2007.

CRUZ, I. C. F. A Sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.38, n.4, p. 448-457, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n4/11.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2020.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Recomendação n. 5, de 9 de maio de 2019**. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/recomendacao-n-5-de-9-de-maio-de-2019-149878165>> Acesso em: 04 nov. 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 627-637, Sept. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200500030019&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2020

DINIZ, Simone Grilo *et al.* 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**, [S. l.], p. 1-8, 19 dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 9 nov. 2020.

FARIAS, Naiara. Violência Obstétrica: Revisão Integrativa Sobre as Práticas Abusivas nas Instituições de Saúde. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 03, Ed. 06, Vol. 03, pp. 136-157, Junho de 2018

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública** vol.7 n.2 Rio de Janeiro Apr./June 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003> Acesso em: 29 out. 2020

FAUSTINO, et. al. Violência Obstétrica. **Revista Latino Am em Enfermagem**, Brasília; 2016 , n. 01,13. Disponível em:

<<http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/1121/1079>>. Acesso em 16 out.. 2020.

FERREIRA, Vitória de Miranda. **Mãe Preta, estudo sobre o índice de violência obstétrica entre as mulheres negras**. X COPENE – Congresso Brasileiro de Pesquisadores Negros, Uberlândia, 2018. Disponível em: <https://www.copene2018.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/1532453580_ARQUIVO_CopeneMG.pdf> Acesso em: 27 out. 2020.

FIOCRUZ. **NASCIER no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas**. Agência Fiocruz de Notícias, Fundação Oswaldo Cruz, 30 maio 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>. Acesso em: 10 nov. 2020.

GOMES, et. al. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. **Saude Soc.**, v.17, n.1, p.61-72, 2008.

GONÇALVES, et. al. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 1059-1068, Apr. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2020.

HOFFMAN KM, TRAWALTER S, AXT JR, OLIVER MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. **Proc Natl Acad Sci U S A**, v.113, p.4296-301, 2016.

LEAL, M. do C. et al. **Nascer no Brasil**: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012. Resultados preliminares. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2020.

Lima, K.D, Pimentel, C, Lyra, T.M. Disparidades raciais: Uma análise da violência obstétrica em mulheres negras.. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2019/Out). [Citado em 02/12/2020]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/disparidades-raciais-uma-analise-da-violencia-obstetrica-em-mulheres-negras/17356?id=17356>

LÓPEZ, Laura Cecília. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.16, n. 40, p. 121-134 jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2020.

MALHEIROS, P. A.; et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2020

MARQUE, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas; AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Anna Nery**, v. 10, n. 3, p. 439-447, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN)**. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **MPF recomenda ao Ministério da Saúde que atue contra a violência obstétrica em vez de proibir o uso do termo**. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contr-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>> Acesso em: 04 nov. 2020.

OLIVEIRA, Ellen Hilda Souza de Alcantara. **Mulheres Negras vítimas de violência obstétrica: estudo em hospital público de Feira de Santana – Bahia**. Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30942/2/ellen_oliveira_iff_mest_2018.pdf> Acesso em: 27 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). **PREVENÇÃO e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Human reproduction programme, Organização Mundial de Saúde, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=F9BF3391BB2892F213EF7F92088464CA?sequence=3. Acesso em: 17 nov. 2020.

PÉREZ BAG, OLIVEIRA EV, LAGO MS. Percepções de Puérperas vítimas de Violência Institucional durante o Trabalho de Parto e Parto. **Revista Enfermagem Contemporânea**. [Internet] 2015;4(1) [access on May 16, 2020]. Available from: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.472>.

PETRUCCE, Luiz et al. Humanização no atendimento ao parto baseado em evidências. **FEMINA**, Revista contemporânea de GO, ano 2017, v. 45, n. 4, p. 213-222, 15 maio 2017.

PONTES, Monise Gleyce de Araujo; LIMA, Gigliola Marcos Bernardo de; FEITOSA, Izayana Pereira. Et al. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança** – v.12, n. 1, p. 69-78, jun. 2014. Disponível em:

<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>. Acesso em: 04 ago.2020.

PRISZKULNIK G, MAIA AC. **Parto humanizado: influências no segmento saúde**. O mundo da saúde. 2009 [cited 2015 May 02];33(1):80-8. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/66/80a88.pdf> Acesso em: 25 out. 2020.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 19 out. 2020.

ROLIM, et. al. O discurso e a prática do cuidado do recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v.14 n.1, p.85-92 jan./fev. 2005.

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SOUZA, Nádya Ferreira de. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 57-68, out. 2015. ISSN 2179-1902. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1592>>. Acesso em: 01 jan. 2020.

SAUAIA, et.al. Uma dor além do parto: Violência obstétrica em foco. **Revista de direitos humanos e efetividade**. 2016. Disponível em: <<https://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/0>> Acesso em: 27 out. 2020.

SILVA, et. al. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. **J Nurs UFPE on line** [Internet], vol.7(spe), p.4161-702016 Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf_2608> Acesso em: 04 nov. 2020.

SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Femina**, setembro de 2010, vol 38 nº 10, P. 505-16. São Paulo, 2010.

SOUZA, K. J. De. **Violência institucional na atenção obstétrica**: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.

SOUZA, Thais Gonçalves. As dores do parto: Uma análise sobre a violência obstétrica em mulheres negras. **Revista Sociologia da Emoção**, 2019.

TESSER, et. al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. [Internet]. 2015 [cited dez 06]; 10(35): 1-12. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>> Acesso em: 28 out. 2020.

VAZ, Amanda Poli. **O enfrentamento da violência obstétrica de viés racial na América Latina sob a ótica dos direitos humanos**. Instituto Latino-Americano de Arte, Cultura e História (ILAACH), 2019. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/225141186.pdf>> Acesso em: 27 out. 2020.

VENTURA, Kleyde; PENIDO, Fernanda; FELISBINO, Mariana. et al. **Saúde Integral da mulher**. Volume 4, edição 4, julho 2018. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/cetes/wp-content/uploads/sites/18/2018/08/Boletim-4-ATUALIZADO.pdf>. Acesso em: 19 Out. 2020.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, pág. 535-549, setembro de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso>. acesso em 04 de novembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.