



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**MULHERES NEGRAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
ESTUDO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FEIRA DE SANTANA -
BAHIA.**

Ellen Hilda Souza de Alcântara Oliveira

**Rio de Janeiro
Fevereiro de 2018**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**MULHERES NEGRAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
ESTUDO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FEIRA DE SANTANA -
BAHIA.**

Ellen Hilda Souza de Alcântara Oliveira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e Mulher, do Instituto Nacional de Saúde da Criança, Mulher e Adolescente Fernandes Figueira – IFF/RJ, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Dra. Edinilsa Ramos de Souza

**Rio de Janeiro
Fevereiro de 2018**

CIP - Catalogação na Publicação

Oliveira, Ellen Hilda Souza de Alcântara .

Mulheres Negras vítimas de Violência Obstétrica: Estudo em um Hospital Público de Feira de Santana - Bahia. / Ellen Hilda Souza de Alcântara Oliveira. - Rio de Janeiro, 2017.
119 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

Orientadora: Edinilsa Ramos de Souza.

Bibliografia: f. 103-109

1. Discriminação racial. 2. Violência contra mulher. 3. Violência Obstétrica. 4. Relação de poder. 5. Violência institucional. I. Título.

À Kíssa e Maísha
...frutos da minha maternidade.

(...) Para melhorar a saúde de mães e crianças e promover a qualidade de vida, o Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo o setor privado, necessitam mudar o Modelo de Atenção Obstétrica promovendo um cuidado baseado em evidências científicas.

Nascer no Brasil, 2014

AGRADECIMENTOS

Agradecer é mais que importante, é prova de amor!

Agradeço a Deus por tamanho cuidado comigo em gerir esta etapa da minha formação, fortalecendo-me, aumentando minha fé no prosseguir.

À minha mãe, mulher negra, por nutrir em mim o desejo de construção e (re) construção do saber. Pelas orações, pelo cuidado e incentivo constante na formação de suas filhas.

Agradeço à minha sogra Eurides, que com sua força e fé contribuiu na conclusão do curso.

Agradeço às minhas famílias Silva, Alcântara e Oliveira, nas quais sempre recebi carinho e acolhida, e mesmo diante de ausências necessárias me incentivaram a prosseguir.

Ao meu esposo Bel Pires pelo companheirismo constante, amor e cuidado para comigo em todo o processo de produção do saber.

Às minhas filhas Kissa e Maisha que cobravam sempre minha atenção questionando-me “Mamãe quando você vai terminar o projeto? Qual o nome de sua orientadora?” Foram dias longe dos meus amores, graças dou pela paciência e torcida.

Às minhas irmãs. Rana e Sarah, fortes escudeiras. Apoio fundamental.

Agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Edinilsa Ramos de Souza, pela dedicação em compartilhar seu vasto conhecimento sobre violência no âmbito da saúde, pela compreensão e apoio em todos os momentos vivenciados na pós-graduação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente do IFF (PGSMC), tais como, as Profas. Dra(s). Martha

Moreira, Corina Mendes; Yvia Maksud; Katia Silveira; Maria Gomes e Claudia Bonan, vocês foram muito importantes na construção da minha formação.

Às “meninas” do PGSMC, assim chamadas por nós alunas para expressar a simplicidade, companheirismo e apreço que essas meninas têm por nós (Cecília Mallet, Monique Brandão; Rose Silva e Aline Nascimento). Vocês são imprescindíveis no programa.!!

Às colegas do Mestrado Turma 2015 em especial, Thayná Caixeiro e Isabella Alves. Bons momentos passamos juntas, discussões pertinentes e troca de experiências sobre a saúde da mulher, criança e adolescente.

Aos (as) meus amigos e amigas que sempre torceram pelo meu crescimento e com sua amizade compreenderam as ausências e a necessidade desse processo para mim.

A Adriano Silva, Bibliotecário do Claves (Fiocruz) por ser crucial na busca bibliográfica em variadas fontes, fortalecendo assim, o meu objeto de pesquisa.

Ao prof. Dr. Renato (UEFS), que com sua paciência e dedicação em ciências sociais aplicadas me iluminou na bioestatística.

Agradeço com apreço, à minha amiga Alexandra Vieira, pelas madrugadas de discussões e leitura didática do texto.

Agradeço à Casa de Cultura Malungo, que em muitos momentos me proporcionou a cultura e o entretenimento.

Às colegas do campo da saúde por onde perpassei, tais como: Bárbara Lomanto, Juliana Pedreira, Cátia Fiúza, Marlene e Eveline Santos. Obrigada pela torcida e apoio de sempre, vocês foram o elo nesta etapa para mim.

Às mulheres negras participantes dessa pesquisa, que com toda sensibilidade e disponibilidade compartilharam suas experiências de parturição. Todo meu carinho

a cada uma participante. Torço por dias melhores para cada mulher negra em todos os ciclos da vida.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente do IFF por poder apresentar a voz das Mulheres Negras assistidas pelo SUS em seu período gravídico-puerperal.

RESUMO

A dissertação trouxe como objeto de investigação a violência obstétrica perpetrada a mulheres negras que se encontraram no ciclo-gravídico puerperal (pré-natal, parto e pós-parto) em um hospital público de Feira de Santana, Bahia, em no período de julho a setembro de 2016. Analisa-se como a assistência à saúde é experienciada por elas em cada período do ciclo. Participaram da pesquisa 13 mulheres negras com gestação ou parto de Risco Habitual / Alto risco, com idade entre 18 a 45 anos e que se autodeclararam negras. A metodologia adotada tratou de pesquisa de cunho qualitativo, exploratório. Utilizou-se como método de abordagem para construção dos dados a entrevista semi-estruturada. Os dados foram explorados pela análise de conteúdo e temática orientados pelas elaborações de Minayo⁽⁶⁶⁾. A estrutura de análise foi realizada por aproximações sucessivas e por propostas de categorização, na qual pode-se classificar o conjunto de depoimentos ou os registros de observação a partir do instrumento de coleta de dados e triangulando os métodos (entrevistas semi-estruturada individuais e do diário de campo), nos quais procurou-se formular núcleos de sentido. As categorias estabelecidas foram Acesso; Saúde da mulher e questão racial; Percepções de violências no ciclo gravídico e mulher negra sobre o ciclo gravídico-puerperal. A partir destas categorias foi elaborado o conteúdo analítico da dissertação. A organização da dissertação foi realizada da seguinte forma: No primeiro capítulo situa-se o tema proposto na discussão da dissertação, com intuito de estabelecer uma análise da problemática da violência obstétrica, sua magnitude e relevância para sociedade. Os objetivos para responder ao objeto e pressuposto da pesquisa também foram descritos neste capítulo. No segundo capítulo, articula-se o marco-teórico. Neste capítulo discute-se a violência e saúde a luz do arcabouço teórico das ciências sociais. No terceiro capítulo, buscou-se apresentar os elementos teóricos que foram utilizados para sustentar as opções metodológicas. Concluindo com o quarto capítulo, que enfocam-se, os resultados e discussões da pesquisa, situando-se a experiência das mulheres negras no ciclo gravídico – puerperal.

Palavras-chave: Violência, Gestação, Parto, violência obstétrica e questão racial, discriminação na saúde.

ABSTRACT

The present thesis investigates the obstetric violence forced on black women who found themselves in puerperal birth-cycle (prenatal, childbirth, post childbirth) in a public hospital in Feira de Santana, Bahia heartland. It's analyzed in this thesis how they experience the healthcare through the different phases of childbirth. 13 self-declared black women, with ages between 18 and 45 and normal to high childbirth risk participated in this research. The methodology used was a semi-structured interview with quality and exploratory approach to build up the research data. The data were explored using theme and content analyses following Minayo⁽⁶⁶⁾ guidelines. The analysis structure was made by successive approximations and categorizations proposals, in wich the set of depositions or the observations records could be classified using the data-gathering instrument and crossing the methods (individual semi-structured interviews and data from the field diary), in wich sense cores were formulated. The categories established were Access; Women's health and race issue; Perceptions of violence in the gravidarum cycle and black woman on the pregnancy-puerperal cycle. From these categories the analytical content of the dissertation was elaborated. This thesis was organized in the following way: On the first chapter is discussed the thesis's theme with the goal to establish an analysis of the obstetric violence matter, and your importance to society. The goals answering to the object of this thesis is also present in this chapter. On the second chapter the theoretical framework is settled. Violence and healthcare are analyzed based on the social sciences theoretical context. On the third chapter the theoretical elements used to support the methodology were introduced. The conclusion is presented on the fourth chapter, where the results of the discussions and research are presented, explaining the experiences of the black women through the puerperal childbirth cycle.

Key words: Violence, Pregnancy, childbirth, racial and obstetric matter, healthcare and prejudice.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Alojamento Conjunto
APN	Ambulatório de Pré-natal
AR	Alto Risco
BR	Baixo Risco
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CO	Centro Obstétrico
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IFF	Instituto Fernandes Figueira
HGCA	Hospital Geral Clériston Andrade
MI	Materno Infantil
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAR	Parto de Alto Risco
PCRI	Programa de Combate ao Racismo Institucional
PN	Pré – Natal
PNAR	Pré-natal de Alto Risco
PORTAL BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
PÓS - PAR	Pós – Parto de Alto Risco
PÓS - PRH	Pós – Parto de Risco Habitual
PRH	Parto de Risco Habitual
PUB MED	Base de dados de literatura internacional de ciências da vida e informação médica
RH	Risco Habitual
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SCIVERSE SCOPUS	Base de dados com resumos e referências da Editora Elsevier,
SEPPIR	Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial
SUS	Sistema Único de saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA	Universidade Federal da Bahia

VO Violência Obstétrica
WEB OF SCIENCE Rede da Ciência

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição das entrevistadas por grupo.	60
Gráfico 2	Distribuição das entrevistadas por grupo e cor declarada.	60
Gráfico 3	Distribuição das entrevistadas por grupo e cor observada.	61
Gráfico 4	Distribuição das entrevistadas por renda e escolaridade.	62
Gráfico 5	Distribuição das entrevistadas por faixa de idade.	62
Gráfico 6	Distribuição das entrevistadas por estado civil.	64
Gráfico 7	Distribuição das entrevistadas por religião.	64
Gráfico 8	Distribuição das entrevistadas por benefício social.	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das entrevistadas, por renda familiar e nível de escolaridade.	65
Tabela 2	Distribuição das entrevistadas, segundo o tipo de parto.	67
Tabela 3	Distribuição das entrevistadas, segundo complicações atuais e anteriores na gravidez.	68
Tabela 4	Distribuição das entrevistadas, segundo filho vivo e aborto.	69
Tabela 5	Distribuição das entrevistadas, segundo histórico doença familiar e pessoal.	69

SUMÁRIO

Apresentação	17
Capítulo 1 – INTRODUÇÃO	19
Capítulo 2 – MARCO TEÓRICO	27
Saúde e Ciências Sociais: Interpretando um objeto.	
2.1 Violência, poder e saúde.	27
2.2 Gênero e desigualdade.	34
2.3 Racismo e discriminação racial na saúde.	40
Capítulo 3 – METODOLOGIA	47
Por uma metodologia de valorização dos sujeitos	
Capítulo 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO: A situação gravídico- puerperal	59
4.1 Dados sociodemográficos e de saúde	59
4.2 Acesso: Condições reais e táticas de acolhimento no serviço de saúde.	70
4.3 Dissecando a desigualdade na prática obstétrica: Saúde da mulher e questão racial.	79
4.4 Percepções de violências no ciclo gravídico puerperal.	88
4.5 “Como um filme de terror”: Olhares da mulher negra sobre o ciclo gravídico-puerperal.	95
Considerações finais	102
Referências	104
Apêndices	111
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	111
Apêndice B: Roteiro de Entrevista Semi-estruturada - Pré – natal de Alto risco; Parto e Pós-parto.	114
Apêndice C: Descrição das participantes	116
Apêndice D: Matriz de análise	119
Anexos	120
Anexo A: Ofício do Núcleo de Psicologia - HGCA	120
Anexo B: Ofício de Autorização de pesquisa da instituição.	121

APRESENTAÇÃO

A opção por desenvolver o presente trabalho junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, do Instituto Nacional Fernando Figueiras, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ), órgão do Ministério da Saúde, sediado no Rio de Janeiro, deu-se por identificação particular por conta de sua relevante experiência como instituição científica e de formação *stricto sensu* no campo da saúde da mulher.

Fundado em 1924, o Instituto Fernandes Figueiras (IFF) - da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) se constitui referência nacional em ensino, pesquisa, extensão e desenvolvimento tecnológico na área de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, mas foi apenas a partir de 1988 que passou a oferecer cursos de formação *strito senso* com essa concentração, a exemplo do mestrado, no qual esta dissertação foi elaborada, junto à linha de pesquisa Violência e Saúde, sob a orientação da professora Dra. Edinilsa Ramos de Souza.

Esta dissertação investiga a violência obstétrica perpetrada contra mulheres negras que se encontravam no ciclo-gravídico puerperal (pré-natal, parto e pós-parto) em um hospital de grande porte do interior da Bahia.

A organização da dissertação foi realizada da seguinte forma: No primeiro capítulo situa-se o tema proposto na discussão da dissertação, com o intuito de estabelecer uma análise da problemática da violência obstétrica, sua magnitude e relevância para a sociedade. Os objetivos para responder aos questionamentos da pesquisa também foram descritos neste capítulo.

No segundo capítulo, articula-se o marco-teórico. Nele, incluem-se os arcabouços teóricos centrais referentes aos três grandes temas que embasam a

pesquisa: violência e suas relações com a saúde, desigualdades de gênero, e discriminação racial.

No terceiro capítulo, buscou-se apresentar os elementos teóricos e empíricos que foram utilizados nas opções metodológicas.

São enfocados no quarto capítulo, os resultados e discussões da pesquisa, situando-se a experiência das mulheres negras no ciclo gravídico – puerperal.

Entende-se que as escolhas feitas neste estudo foram as mais acertadas, tanto do ponto de vista pessoal como para o Programa, uma vez que esta foi uma pesquisa que tomou a questão racial como foco de abordagem e não apenas como uma variável de análise.

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

(...) o parto acontece nas casas ou nos hospitais, com um casal e uma Doula, nos interiores das portas da vida; todas conectadas, porém, às políticas de saúde e seus programas, desde que o pesquisador se disponha a viver a aventura do pensar com base na existência de vasos comunicantes, e não de leituras herméticas do viver.

(Rosamaria Giatti Carneiro. *Cenas de Parto e Políticas do Corpo*, 2015)

Neste capítulo, apresenta-se o objeto da dissertação e discorre-se sobre a problemática do tema, sua relevância e os caminhos percorridos para atender os propósitos da investigação. Desta forma, além de resumir o conteúdo da dissertação e anunciar a perspectiva epistemológica aqui proposta, procura-se justificar a relevância social e acadêmica deste trabalho.

No âmbito do setor saúde a compreensão da violência envolve um conjunto de fatores interligados relacionados às condições e estilos de vida, que geram lesões, traumas e mortes. Sobre essa questão, Minayo ⁽¹⁾ afirma que na maioria dos países desenvolvidos, há mais tempo, e no Brasil, nos últimos 20 anos, as enfermidades infecciosas vêm cedendo lugar às crônicas e degenerativas e aos agravos provocados pelas violências e acidentes. Essa mudança no perfil de doenças e saúde da população atrelada às das taxas de morbi/mortalidade, constitui a transição epidemiológica.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS), publicou o *Relatório mundial sobre a violência e saúde*, no qual definiu a violência como 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 qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação ⁽²⁾. Esse Relatório também expressa a realidade da situação de mulheres vítimas de homicídio que tiveram como autores seus companheiros e ex-companheiros.

A situação da violência contra a mulher revela uma realidade assustadora, não apenas em nível nacional. Ela persiste no tempo e perpassa por quase todas as sociedades. A violência na saúde, como ressalta Minayo ⁽¹⁾, está associada ao ser humano como um fator social e histórico, atendendo assim, acrescento, a padrões de natureza sócio-antropológica.

A mulher em situação de violência foi por muito tempo insinuado na recorrente expressão “violência contra a mulher”. Entretanto, seguindo orientações da bibliografia consultada adotou-se para este trabalho, para fins de definição, a noção de: “violência de gênero”. Estas referências apontam ainda, que houve avanços no sentido de desnaturalizar os maus-tratos e a negação de direitos à mulher como algo ‘normal’ à condição feminina, questão que será aprofundada nos capítulos subsequentes. ⁽⁵⁾.

Há várias manifestações de violência com consequências para a vida de uma pessoa, dentre elas pode-se citar a violência criminal, estrutural, intrafamiliar, interpessoal, auto-infligida, cultural, racial, institucional e de gênero. As duas últimas orientaram a presente investigação, pois, perpassam pela violência contra a mulher, ocorrida no âmbito do parto, comumente chamada Violência Obstétrica, objeto desta dissertação.

Dados do Conselho Nacional de Justiça do Brasil (2013)⁽⁶⁾ mostram que os tipos de violência mais incidentes nas mulheres são: a violência Física: 44,2%; a violência Psicológica: 20,8%; e a violência Sexual: 12,2%. É importante, no entanto, a reflexão sobre uma grave estatística: de modo geral, os pais, os padrastos e as madrastas são os principais agressores de crianças com até nove anos de idade. Por conseguinte, esse papel de agressor é substituído mais tarde pelo cônjuge ou namorado, que são os maiores responsáveis pela violência contra mulheres na faixa dos 20 aos 59 anos. Mais tarde, os principais agressores a partir dos 60 anos são os

próprios filhos.⁽⁶⁾ Nessa estatística também é contemplado o tipo de violência definido neste trabalho como obstétrica.

A definição amplamente usada nos estudos brasileiros sobre “Violência obstétrica” está baseada em legislação de países como Argentina e Venezuela, onde essa violência é reconhecida como crime perpetrado às mulheres e, como tal deve ser passível de punição e erradicação. Leis nacionais argentinas número 25.929 e 26.485, de 1979, e a Lei orgânica da Venezuela sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência de número 38.770 de 2007, tipificam a violência obstétrica. Essas leis defendem a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher.

É a partir desta legislação que Ciello *et. al.*(2012) definem a violência obstétrica como a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde que se expressa em tratamento desumanizado, abuso a medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda da autonomia e capacidade da mulher decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na sua qualidade de vida. Pode se manifestar na forma de violência física e sexual, como por exemplo, realizar um procedimento sem o consentimento da mulher.⁽¹⁹⁾

Com base no exposto e pela necessidade de melhor precisar a noção de violência obstétrica, buscou-se maior apropriação dos conceitos de violência institucional e de violência de gênero para evidenciar a dimensão obstétrica da violência contra a mulher. Essas definições permitiram situar a violência contra mulher no ciclo gravídico puerperal, como violência obstétrica (VO).

A Pesquisa Nascer no Brasil⁽²⁴⁾, por exemplo, evidencia maiores percentuais de violência obstétrica entre mulheres negras [pretas e pardas], com menor escolaridade, com idade entre 20 e 34 anos, da Região Nordeste, com parto vaginal

e que não tiveram acompanhantes durante a internação, comparadas às mulheres brancas ⁽²⁰⁾. A pesquisa identificou experiências de violências verbal, física e psicológica. Esses achados denunciam uma prática institucional excludente denominada nas ciências sociais como Racismo Institucional.

Essa noção foi definida no relatório publicado em 1999, referente ao inquérito sobre o caso Stephen Lawrence¹, no qual o racismo institucional é identificado como o fracasso das instituições ao não fornecer assistência adequada de forma integral e com equidade às pessoas por sua origem racial ou étnica. Desta forma, práticas que combinam os estereótipos e preconceitos racistas, falta de atenção e ignorância, colocam as pessoas de grupo raciais e étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações públicas e privadas. ^{(21),(22)}

Estas questões possibilitaram a orientação epistemológica para a investigação que ora se apresenta como dissertação, a qual tratou de investigar a violência institucional (obstétrica) perpetrada contra mulheres negras no ciclo gravídico-puerperal, experienciada em um hospital de grande porte no interior da Bahia.

Com base nesses dados elencam-se os seguintes questionamentos: Qual pode ser a experiência de uma mulher no parto? Elas expressam os sentimentos ante tal experiência ou os mantêm atravessados na garganta sem nunca ter tido a oportunidade de manifestá-los? Tais experiências destas mulheres constituem o cerne desta dissertação. Portanto, a pesquisa que resultou neste trabalho justifica-se pela importância da reflexão mais sistemática sobre o processo discriminatório de Atenção à Saúde no Brasil e, de forma específica, sobre a violência obstétrica contra

¹ Esse relatório denuncia a cultura institucional de racismo pela maneira como os agentes lidaram com o caso da morte de Stephen Lawrence, um adolescente negro assassinado em 1999 na região leste de Londres no qual foram constatadas falhas nos primeiros socorros a Lawrence e irregularidades na investigação ⁽⁸⁰⁾.

mulheres negras. Justifica-se ainda pela importância do lugar social de fala de uma mãe, filha de mulher negra que direta ou indiretamente protagonizou histórias semelhantes às aqui narradas pelas participantes dessa pesquisa.

Assim, decidiu-se investigar a violência obstétrica em mulheres negras no ciclo gravídico puerperal em uma unidade hospitalar de um município do interior da Bahia; pela trajetória de ordem pessoal enquanto mulher negra, enfermeira atuante na área de obstetrícia, pela experiência perpassada desde o processo de graduação em Enfermagem quando a área da saúde da mulher passou a ter maior significado, até a realização de pesquisas e apresentações de trabalhos com a temática da obstetrícia. Entretanto, foi no campo de trabalho como supervisora de alunos do ensino técnico em Enfermagem e do ensino de graduação em Enfermagem no Centro Obstétrico, que identifiquei situações de violência na assistência à saúde no âmbito da instituição.

Desta forma, no decorrer dos anos foi possível avaliar e perceber que se tratava de uma violência velada, e também naturalizada, que as mulheres que por ela passavam entendiam como “cuidado”, o que claramente constitui um (des) cuidado. Vale salientar que nessa observação empírica, chamava atenção que grande parte dessas mulheres era assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e que em sua maioria eram mulheres negras. Investigações científicas evidenciam uma maior frequência de violências em mulheres negras nas instituições de saúde, como demonstra a Pesquisa Nascer no Brasil², na qual verificou-se que as mulheres negras têm um tratamento diferenciado, que elas recebem uma qualidade diferenciada da atenção, implicando uma desigualdade do tratamento para os

² Nascer no Brasil é um estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. A amostra foi selecionada em três estágios. O primeiro, composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano estratificado pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital), e tipo de hospital (privado, público e misto). O segundo foi composto por dias (mínimo de sete dias em cada hospital) e o terceiro composto pelas puérperas. Em cada um dos 266 hospitais amostrados foram entrevistadas 90 puérperas, totalizando 23.940 sujeitos.

grupos populacionais mais desfavorecidos socialmente, acrescidos de uma distinção negativa para as mulheres de pele escura ⁽²⁰⁾.

A bibliografia consultada evidenciou o quão ainda são tímidos os estudos na área de saúde cujo tema é a violência obstétrica contra mulheres negras. Em busca realizada nas principais bases bibliográficas, no período de 1996-2016, obteve-se 314 documentos sobre “Obstetrícia e Violência” e 22 sobre “Obstetrícia e Questão racial”. Esses dados mostram a necessidade de estimular estudos sobre o tema obstétrico e questão racial, o que justifica um maior investimento em pesquisas na área, que precisam ser realizadas tanto pelos programas de pós-graduação quanto pelos núcleos e institutos de pesquisas.

Os estudos localizados pela busca evidenciam, de forma mais precisa, a realidade social na qual a mulher está inserida e exposta à vitimização por diferentes formas de violência no período perinatal, a exemplo do imenso número de cesáreas realizadas sem indicação precisa, ou ainda de esterilizações cirúrgicas realizadas durante o procedimento cirúrgico da cesárea, atos violentos, como negligência e desrespeito, peregrinação das mulheres para ter acesso ao atendimento ao parto e intervenções desnecessárias no parto normal. No parto normal essas práticas violentas são ainda mais intensas, com a colocação de ocitocina, restrição ao leito, episiotomia e manobra de Kristeler, coisas que, inclusive, foram evidenciadas na presente investigação.

A Pesquisa Nascer no Brasil,⁽²⁴⁾ realizada em 2014, reúne um importante conjunto de dados que demonstra a existência de falhas na assistência no período gravídico- puerperal, tais como, dificuldades no acesso, pré-natal com início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados e violências. Tudo isso afetando a qualidade e efetividade da assistência. Foram evidenciadas ainda barreiras devido às desigualdades sociais

que persistem no Brasil até os dias atuais, a exemplo da dificuldade de acesso às mulheres indígenas e pretas, com menor escolaridade, com maior número de gestações, e residentes nas regiões Norte e Nordeste. Diante dos resultados da Pesquisa Nascer no Brasil, os autores advertiram sobre um problema de saúde pública envolvendo populações vulneráveis, como as mulheres negras, para uma melhor compreensão e enfrentamento das desigualdades sociais e discriminação racial.

Considera-se que a presente pesquisa poderá contribuir no campo da saúde coletiva aprofundando a discussão sobre os tipos de violências e situações em que elas foram experienciadas pelas mulheres negras. Como também evidenciar as estratégias que as mulheres utilizam para enfrentar as situações de violência nos três momentos do ciclo gravídico- puerperal, a saber, pré-natal, parto e pós-parto.

Acredita-se que os resultados aqui apresentados podem auxiliar na compreensão da violência obstétrica perpetrada na desigual assistência fornecida a mulheres negras em Feira de Santana. Contribuem, ainda, para uma melhor compreensão sobre este tipo de violência em maternidades no cenário nacional e seu impacto na história de vida e saúde de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto na Bahia quanto em qualquer unidade da federação; ampliam o debate sobre a Política das Boas Práticas da Humanização do parto, nascimento e puerpério como preconizam a Rede Cegonha, do Ministério da Saúde/Brasil (MS), e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Estudos como este aprofundam o debate e dão visibilidade à violência obstétrica no âmbito local, como é o caso da microrregião baiana, na qual a unidade estudada está inserida, ampliando as discussões sobre essa temática nas unidades de saúde, a fim de reestruturar programas de atenção à mulher na rede pesquisada, com o objetivo de diminuir e prevenir este tipo de violência. Estes são em síntese, os elementos que

justificam a importância desta pesquisa e, por conseguinte, a dissertação apresentada.

Assim, o principal objetivo desta pesquisa é evidenciar a violência obstétrica experienciada por mulheres negras em um serviço de saúde no interior da Bahia. Os objetivos específicos são: Caracterizar o perfil socioeconômico e de saúde das participantes; Identificar a natureza das violências vividas pelas mulheres durante o ciclo gravídico puerperal; Descrever as situações em que estas violências foram experienciadas neste ciclo; Identificar as estratégias que as mulheres utilizam para enfrentar as situações de violência neste ciclo.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

(...) o segurança foi bem claro quando a gente chegou lá na porta falou assim... “só tá aceitando... tiro e faca... se não for caso de vida ou morte... a gente não tá aceitando ninguém por que não tem leito... não tem vaga”... ele falou assim na primeira vez que eu fui lá... ai foi na segunda vez que eu consegui entrar com conhecimento...(PRH 2 Azaléia).

(...) que botasse toda força que eu tivesse e... que eu me virasse pra poder parir e que ela tava/ sentada somente esperando... ai como eu já tava/ mesmo desfalecendo e... a enfermeira disse que sairia da sala e deixaria ela só comigo... ai ela resolveu dar um corte... (PAR 1 Amarílis)

Neste capítulo, procura-se problematizar os conceitos de gênero, poder e desigualdades, para uma melhor compreensão do objeto da dissertação, a saber: violência e saúde.

2.1 Violência, poder e saúde.

A violência em sua forma mais cruel persiste na vida social e aniquila as pessoas. Há várias modalidades de violências que permeiam as relações reproduzindo-se nas estruturas, nas relações sociais e nas subjetividades, de maneira insidiosa e persistente ⁽¹⁾. O Mapa da Violência de 2015⁽⁸⁵⁾, por exemplo, na sessão Homicídio de Mulheres no Brasil registra:

(...) a violência física é a mais frequente em 48,7% dos atendimentos, com especial incidência nas etapas jovem e adulta da vida da mulher, quando chega a representar perto de 60% do total de atendimentos. Em segundo lugar, a violência psicológica, presente em 23,0% dos atendimentos em todas as etapas, principalmente da jovem em diante. Em terceiro lugar, a violência sexual, objeto de 11,9% dos atendimentos, com maior incidência entre as crianças até 11 anos de idade (29,0% dos atendimentos) e as adolescentes (24,3%).

Esses dados mostram uma realidade de violências contra a mulher na atualidade e por si só já estimulam o interesse em investigar essa questão em

distintas realidades do Brasil. Para evidenciar o objeto desta dissertação, a violência obstétrica, uma das formas de violência que se exerce contra a mulher, os conceitos de violência institucional e de violência e poder são fundamentais, pois permitem problematizar a questão de gênero.

Dahlberg e Krug⁽²⁵⁾ afirmam que a inclusão do termo "poder", articulado à compreensão sobre o "uso de força física", amplia a natureza de um ato violento e expande o conceito usual de violência para incluir os atos que resultam de uma relação de poder, incluindo ameaças e intimidação. Desta forma:

(...) o "uso de poder" também leva a incluir a negligência ou atos de omissão, além dos atos violentos mais óbvios de execução propriamente dita. Assim, o conceito de "uso de força física ou poder" deve incluir negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos auto-infligidos. (p. 1165)⁽²⁵⁾

Nesta mesma perspectiva, Arendt⁽³²⁾ e Foucault⁽³³⁾ sugerem que o conceito de poder ajuda a pensar sobre o poder da medicina e a sustentação de sua autoridade sobre os sujeitos, uma forma de ação sobre o comportamento dos outros e se exerce através das relações. O conceito foucaultiano de poder, por exemplo, ajuda a compreender "como" este se exerce nas relações cotidianas, ou seja, na micro-física do poder.

Foucault não sistematizou uma teoria geral do poder, explicitando assim sua natureza conceitual. Encontramos o poder, neste autor, como um dispositivo que orienta as relações sociais, ou seja, o poder é constituído como uma prática social, elaborado historicamente. O poder em Foucault atinge os indivíduos em sua realidade concreta, metaforizada na dimensão do corpo social, na vida cotidiana e por isto, é entendido por ele como micro-poder.

Dessa forma, considera que as relações de poder são da ordem da governabilidade, faz uma distinção entre poder e violência. Assim, a violência age

diretamente sobre um corpo e utiliza a força, a submissão, a coação e até a destruição como formas de ação ⁽³²⁾ ⁽³⁴⁾ ⁽³³⁾.

Os autores também compreendem que ao contrário do poder, a violência anula as possibilidades de ação e, por esta razão, não pode ser tomada como princípio fundamental ou base para o mesmo. Os conflitos simbólicos concernentes à atuação em instituições de saúde sob a forma de coação se apóiam no reconhecimento de uma imposição determinada, seja esta econômica, social ou simbólica muitas vezes ignorada e invisibilizada por *outrem*, 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 levando-o à violência simbólica ⁽³⁵⁾. Como pondera Bourdieu ⁽³⁵⁾:

(...) enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e de conhecimento que os sistemas simbólicos cumprem sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre outra (p.11)

O autor trata a violência simbólica em uma perspectiva que se adequa à presente abordagem, ou seja, a noção de violência simbólica de Pierre Bourdieu ajuda a problematizar as experiências nos serviços de saúde. Este tipo de manifestação de violência reforça as regulações de força que as fundamentam e contribuem para a domesticação dos dominados, a exemplo das mulheres negras. O poder simbólico exercido sobre elas é um poder de construção de realidade na qual se naturalizam os comportamentos violentos. Em síntese, na perspectiva do sistema simbólico a violência pode ser entendida como comportamento naturalizado na relação social ⁽³⁵⁾.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências⁽²⁶⁾ define violência como ações humanas individuais, de grupo, de classes, de nações que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e a sua saúde física, moral, mental ou espiritual.

Corroborando com esta definição de violência, Teles e Melo⁽²⁷⁾ afirmam que ela também pode ser freqüentemente usada como:

(...) uso da força física, psicológica ou intelectual para obrigar outra pessoa a fazer algo que não está com vontade; é constranger, é tirar a liberdade, é incomodar, é impedir a outra pessoa de manifestar seu desejo sua vontade, sob pena de viver gravemente ameaçada ou até mesmo espancada, lesionada ou morta, meio de coagir, uma violação dos direitos humanos (p. 13).

Assim, as dificuldades em conceituar a violência provem do fato de se tratar de um fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam uma forte carga emocional em quem a comete, em quem a sofre e em quem a presencia. A violência pela sua natureza é complexa, envolve as pessoas na sua totalidade biopsíquica e social, de forma dinâmica⁽²⁸⁾.

A violência, portanto, pode ser definida a partir de uma abordagem múltipla e multifacetada, e para compreendê-la devemos localizar sua discussão no conjunto dos problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida⁽¹⁾. Dessa forma, a violência constitui um problema social que acompanha a história e as transformações das diferentes sociedades. Afeta a saúde, provocando mortes, lesões, traumas físicos, transtornos mentais, emocionais e espirituais, diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

Teles e Melo⁽²⁷⁾ compreendem a violência como uma forma de restringir a liberdade de uma pessoa ou de um grupo de pessoas reprimindo e ofendendo física ou moralmente. São vários os tipos de manifestações de violência que provocam

sérias consequências para a vida pessoal e social, definidos de acordo com o agente que a exerce.

Para Deslandes⁽³⁰⁾ a violência possui uma historicidade, assim como as teorias e discursos que se propõem a explicá-la. Suas inúmeras manifestações particulares trazem ao debate questões universais, como a importância da alteridade e do valor da vida humana. Suas formas mais permanentes, reproduzidas socialmente de maneira institucionalizada, propiciam uma reflexão sobre a intensidade e a dimensão da experiência individual.

São diversos os tipos de manifestações de violências que provocam sérias consequências para a vida do ser humano. Podemos destacar a violência criminal, estrutural, institucional, interpessoal intrafamiliar, auto-infligida, cultural, de gênero e racial. Arelada aos tipos de manifestações apresenta-se a natureza dos atos violentos reconhecido em quatro modalidades de expressão: física, psicológica, sexual e envolvendo negligência, abandono ou privação de cuidados, como será apontado adiante.

Ao se falar em violência contra as mulheres, existe por parte do público a disposição de levantar questões, diálogos e desenvolver o debate acerca de reflexões, atitudes que são frutos do longo trabalho realizado nas últimas décadas, de denunciar e transformar em relações democráticas os históricos conflitos entre mulheres e homens.⁽²⁷⁾

A bibliografia consultada sobre violência contra a mulher, a exemplo de Schraiber e D'Oliveira⁽³¹⁾ aponta que essa expressão foi evidenciada no movimento feminista na década de 1970. A expressão refere-se a situações tão diversas como a violência física, sexual e psicológica cometida por parceiros íntimos, o estupro, o abuso sexual de meninas, o assédio sexual no local de trabalho, a violência contra homossexuais, o tráfico de mulheres, o turismo sexual, a violência étnica e racial, a

violência cometida pelo Estado, por ação ou omissão, a mutilação genital feminina, dentre outras.

Dessa forma, a violência institucional é um conceito fundamental no presente estudo, recortada naquela que se exerce em relação à mulher negra em um hospital no período gravídico puerperal, aqui denominada violência obstétrica. Tais manifestações de violência, em seus aspectos teóricos ou práticos, ainda são pouco visíveis, tanto para as usuárias quanto para os profissionais dos distintos serviços de saúde ou de outras áreas, públicos ou privados, e se concretizam pela ação ou omissão ⁽⁷⁾. Pode incluir tanto a dimensão mais ampla da falta de acesso ou da má qualidade dos serviços, estendendo-se às próprias relações de poder entre os usuários e os profissionais dentro das instituições, até uma noção mais restrita de dano físico intencional. Essas situações de violência devem ser entendidas também na perspectiva de gênero, como será discutido mais à frente.

A violência institucional é aquela perpetrada dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas, nas formas como ocorrem, são ofertados e negligenciados os serviços de saúde ⁽¹⁾.

Este tipo de violência é aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias, judiciários. É perpetrada por agentes que deveriam proteger as mulheres vítimas de violência garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos ⁽¹²⁾.

Atrelado ao conceito supracitado D'Oliveira; Aguiar⁽⁸⁾ reiteram que, a violência institucional em maternidades públicas tem sido tema recente de estudo em diversos países; e pesquisas demonstram que, além das dificuldades econômicas e estruturais que os serviços públicos de saúde enfrentam, encontram-se, subjacentes

aos maus-tratos vividos pelas pacientes, aspectos socioculturais relacionados a uma prática discriminatória quanto a gênero, classe social e raça/etnia.

A violência institucional, como se encontra em D'Oliveira, Diniz e Schraiber⁽⁹⁾, é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, apresentando-se com tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional e violência física incluindo a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada, até o abuso sexual.

Os estudos mostram que a gravidez é um período no qual a violência contra a mulher tanto aumenta como pode cessar. No âmbito institucional também é frequente a violência contra mulheres grávidas. Várias delas relatam casos de abuso físico durante este período particularmente vulnerável com repercussões para a saúde da mulher e do feto. A violência durante a gravidez está associada a um risco aumentado de aborto espontâneo, natimortos e baixo peso ao nascer^(10,11).

A violência institucional pode também materializar-se nas diferenças observadas na taxa de mortalidade materna entre mulheres brancas e negras: enquanto as brancas possuem taxa de 37,73/100.000 nascidos vivos, nas negras ela é de 212,8.^{(8) (85)}. Esse dado é um exemplo claro e indubitável da discriminação e violência institucional permeada pelas questões de gênero, de raça e econômicas⁽¹³⁾ que, na sua forma mais extrema, pode levar à morte violenta ou infanticídio feminino. E a amplitude do problema não se restringe à violência institucional contra mulheres nem afeta somente as grávidas, mas as atinge ao longo da vida de formas não letais e letais, como é o caso dos estupros e dos feminicídios, para citar alguns mais graves.

Muitas mulheres não relatam suas experiências e não buscam ajuda e, em consequência, a violência contra elas se mantém como um problema oculto com custos humanos e de atenção em saúde elevados⁽¹⁴⁾.

Essa experiência de violência contra as mulheres é generalizada em todo o mundo e tem sérias implicações para a saúde pública. Essas práticas violentas podem levar diretamente a traumatismos sérios, incapacidades e óbitos, e, indiretamente a uma variedade de problemas de saúde como mudanças fisiológicas induzidas pelo estresse, uso de substâncias ou falta de controle sobre a fertilidade e autonomia pessoal⁽¹⁴⁾.

Portanto, observa-se que a violência institucional de certa forma é condicionada à violência de gênero⁽¹⁵⁾. Para mulheres no ciclo gravídico ações violentas podem relacionar-se à condição feminina exposta pela gravidez, e as relações de poder tornam-se mais significativas nesta fase. Desta forma, pode-se compreender que a violência de gênero deve ser interpretada também na perspectiva das desigualdades, inclusive implicadas e implicando outras mazelas sociais.

2.2 Gênero e desigualdade.

A partir das observações de Schraiber e D' Oliveira⁽³¹⁾, a situação de vulnerabilidade experimentada pelas mulheres, remete a uma construção de gênero, isto é, se em primeiro lugar evidencia uma dada ocorrência sobre as mulheres, também quer significar a diferença de estatuto social da condição feminina, diferença essa que faz parecer certas situações de violência experimentadas pelas mulheres nos relacionamentos próximos e íntimos, como experiências de vida usuais, nas quais destacam-se a manifestação de violência institucional e de gênero.

O conceito de gênero é definido como uma forma primeira de significar as relações de poder e como elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre diferenças percebidas entre os sexos. Dessa forma, gênero é uma percepção sobre as diferenças sexuais, hierarquizando-se essas diferenças em uma maneira de

pensar engessada e dual, que não nega que existem diferenças entre os corpos sexuados. O que interessa são as formas como se constroem significados culturais para essas diferenças, dando sentido e, conseqüentemente, posicionando-as dentro de relações hierárquicas. É, portanto, um meio de decodificar o sentido e de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana ⁽¹⁷⁾.

O fenômeno da violência de gênero, inicialmente identificado como violência contra a mulher, acontece no mundo inteiro e atinge mulheres de todas as idades, graus de instrução, classes sociais, raças/etnias e orientação sexual. A violência de gênero com diferentes manifestações física, sexual e psicológica, é um problema que está ligado ao poder exercido, de um lado, pelo domínio dos homens sobre as mulheres, e de outro lado, a uma ideologia dominante, que lhe dá sustentação ⁽¹⁶⁾.

A violência de gênero constitui-se em formas de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construídas, reproduzidas na cotidianidade e geralmente sofridas por mulheres. Porém, sua maior expressão é o machismo naturalizado na socialização que é feita por homens e mulheres. ^{(18),(36)} Este tipo de violência segundo Gomes *et al* ⁽¹⁸⁾ vitima sobretudo as mulheres e se constitui uma questão de saúde pública e uma violação explícita aos direitos humanos.

A bibliografia consultada, em síntese, orienta que a violência de gênero, assim como a violência institucional é resultante da relação de poder assimétricas e geradoras de desigualdades, presentes nas sociedades contemporâneas e incorporadas à cultura das relações sociais estabelecidas em algumas instituições, sejam elas pública ou privadas. Logo, essas manifestações de violência implicam e, são implicadas nas relações de gênero, poder e racismo institucional, como se poderá observar na seção seguinte.

Os cientistas sociais a exemplo de Scott ⁽³⁶⁾ entendem por “gênero” uma categoria capaz de demonstrar e sistematizar as desigualdades socioculturais existentes entre mulheres e homens, que repercutem na esfera da vida pública e privada de ambos os sexos, impondo a eles papéis sociais diferenciados que foram construídos historicamente, e criaram pólos de dominação e submissão.

Dessa forma, a violência de gênero se constitui em formas de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construídas, reproduzidas na cotidianidade e geralmente sofridas pelas mulheres. Minayo ⁽¹⁾ adverte que:

(...) este tipo de violência se apresenta como forma de dominação e existe em qualquer classe social, entre todas as raças, etnias e faixas etárias. Sua expressão maior é o machismo naturalizado na socialização que é feita por homens e mulheres (p, 36).

Para a autora essa violência que afeta, sobretudo as mulheres, é uma questão de saúde pública e uma violação explícita aos direitos humanos ⁽¹⁾. Muitos avanços têm sido feitos para mudar essa situação, a exemplo de tratados, declarações internacionais, políticas públicas, entre outros. Porém, as desigualdades se perpetuam e na sociedade humana ainda prevalece a ideologia patriarcal que impede o desenvolvimento das mulheres, discriminando-as de diferentes maneiras⁽²⁷⁾, mantendo assim, a violência de gênero.

Teles e Melo ⁽²⁷⁾ sugerem que o conceito de violência de gênero deve ser entendido como uma relação de poder de dominação do homem e de submissão da mulher. Esta forma de violência vem ganhando espaço mais recentemente devido aos estudos desenvolvidos, sobretudo no campo das ciências sociais e saúde.

Na prática de assistência à saúde, a violência de gênero permeia as ações profissionais. Estudos mostram que são freqüentes as atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto, principalmente no SUS ⁽³⁷⁾. Apesar da melhoria de alguns indicadores de condição de vida e de acesso aos serviços de saúde na

área obstétrica, vem ocorrendo aumento das violências institucionais, especificamente no que se refere à violência obstétrica. ⁽³⁷⁾ ⁽³¹⁾.

O Sistema Único de Saúde têm se esforçado para melhorar o atendimento oferecido às mulheres.^{(59),(60)} A humanização da assistência foi introduzida na política pública federal, a partir do ano 2000, com o lançamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.⁽⁶⁴⁾ As iniciativas do Ministério da Saúde integravam duas linhas de atuação estratégicas complementares, quais sejam o estímulo ao parto normal e humanizado e o desincentivo às cesáreas com intervenções desnecessárias. O Ministério da Saúde tem sido facilitador desde a criação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento³, que teve como objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania ⁽³⁸⁾.

Apesar disto, o modelo típico de assistência ao parto em muitos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS, além de inseguro e pouco apoiado em evidências científicas, é marcado por uma relação profissional-usuária autoritária, que inclui formas de tratamento discriminatório, desumano ou degradante ⁽³⁸⁾. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento estão estruturados nos seguintes princípios:

(...) toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura ⁽³⁸⁾. (p, 5).

³ O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, subsidiado pelas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto.

Diniz⁽³⁹⁾ reitera, ainda, que o parto e sua assistência são fenômenos complexos e seu estudo é também uma área de interesse das ciências sociais, dada a permeabilidade das práticas às culturas locais e sua grande variabilidade geográfica.

Estudos sob a perspectiva das mulheres, tais como o de Viellas *et. al.* ⁽²⁴⁾ mostram que muitas vezes elas descrevem o trabalho de parto como dominado pelo medo, solidão e dor, em instituições que deslegitimam a sexualidade e a reprodução de mulheres consideradas subalternas, como negras, solteiras e de baixa renda, e estigmatizam a maternidade na adolescência.

Os relatos dessas mulheres destacam a violência institucional vivenciada por elas no ciclo gravídico puerperal, o que pode ser caracterizado como violência obstétrica, que denota uma prática assistencial simultânea de violências invisibilizadas pelo poder simbólico ⁽³⁵⁾, poder subordinado, uma forma transformada e legitimada das outras formas de poder que permeiam a relação paciente-profissional. Para Diniz⁽³⁹⁾ essa questão requer iniciativas de mudanças nas práticas, a fim de coibir as várias formas de violência institucional de gênero na saúde reprodutiva.

Várias são as denominações utilizadas por pesquisadores para designar a violência institucional em parturientes, dentre elas se encontram a violência obstétrica, violência no parto, desrespeito e abuso, violência de gênero no parto e aborto, violência institucional no parto e aborto, assistência desumanizada, crueldade no parto, violação dos direitos humanos das mulheres no parto ⁽⁴⁰⁾ ⁽⁴¹⁾

Estudiosos como D'Gregório⁽⁴²⁾ apontam que a violência obstétrica pode ser definida como todo ato ou omissão do profissional de saúde que leve à apropriação imprópria dos processos corporais e reprodutivos das mulheres e que se expressem no tratamento desumano, no abuso da medicalização e no tornar patológico os processos naturais, fazendo com que a mulher perca a sua capacidade de decidir

livremente sobre o seu corpo e sexualidade, impactando negativamente em sua qualidade de vida. A bibliografia consultada também revela que gestantes e parturientes reconhecem práticas discriminatórias e tratamentos grosseiros, pelos profissionais da saúde, e que essas experiências ocorrem de maneira freqüente, revelando uma banalização desta violência ^{(41),(42)}.

Ao analisar as evidências destacadas pelos autores supracitados, percebe-se que no contexto do ciclo gravídico puerperal, a estratégia utilizada pelas mulheres de se calar diante da dor para não sofrer mais é freqüentemente utilizada como recurso para escapar da violência institucional, ou seja, aquela que colabora e não faz escândalo seria mais bem assistida. O poder simbólico, como atesta Bourdieu ⁽³⁵⁾ é, com efeito, esse poder invisível que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que a ele estão sujeitos ou mesmo daqueles que o exercem.

Aguiar e D'Oliveira⁽⁴¹⁾ em estudos realizados sobre violência institucional e mulheres com parto hospitalar, apontam como resultado da entrevista que a entrevistadas relataram que não lhes foi ofertada nenhuma possibilidade de exercício de poder sobre o próprio corpo e suas experiências de parto, e que na maioria dos casos as intervenções feitas não foram negociadas, nem explicadas e que também não questionaram os profissionais sobre qualquer conduta ou procedimento realizado. O reconhecimento do próprio corpo sequer foi mencionado por elas durante a entrevista. A banalização do sofrimento do outro remete à banalização da própria violência institucional. Dessa forma Aguiar e D'Oliveira⁽⁴¹⁾ salientam que ela pode ser considerada como:

(...) uma banalização do sofrimento da parturiente através da ideologia de naturalização da dor do parto como um preço pelo prazer sexual ou como um destino biológico, contido em frases que já se transformaram em jargões, adotados sob a aparência de

brincadeiras, e na falta de anestesistas de plantão para realização de analgesias durante o trabalho de parto (p. 23).

Schraiber⁽⁴³⁾ reafirma a idéia supracitada compreendendo que:

(...) no contexto da assistência em maternidades, a paciente é duplamente objetificada: seu corpo é tomado como objeto de controle e domínio da medicina e como meio para se chegar a um fim – o bebê. Essa ‘objetificação’ traz em si aspectos ligados a uma ideologia de gênero, de dominação do corpo feminino como objeto da medicina enquanto “corpo reprodutor”. E se encontra expressa de forma particular na crise de confiança vivida na medicina tecnológica, com a fragilização dos vínculos entre profissionais e pacientes, e uma erosão da qualidade ética de suas interações (p.88).

Muitas mulheres não percebem a violência perpetrada pelos serviços de saúde, atrelado às desigualdades assistenciais por cor/classe na qual lhes são impostas normas, regras e procedimentos que ignoram a autonomia e a subjetividade das pacientes. Tais práticas assumem uma invisibilidade, por sua aceitação social e são consideradas como necessárias ao bem das próprias mulheres^{(44),(45)}.

Dessa forma, as desigualdades de gênero e raça/cor alcançam a maioria da população, produzindo desvantagens sociais que impactam negativamente na vida de mulheres e homens, mas se sobressai especialmente na vida das mulheres negras⁽⁴⁶⁾.

2.3 Racismo e discriminação racial na saúde

Estudos evidenciam que as desigualdades no acesso à saúde são um problema social que compromete a saúde da população em países como o Brasil, onde relações de classe são racializadas e relações raciais são dependentes da classe social. Essas desigualdades sociais são um grande problema no Brasil, e estão presentes nas diferenças entre brancos e negros com graves consequências

ao afetarem a capacidade de inserção das pessoas na sociedade brasileira ⁽⁴⁷⁾ ⁽⁴⁸⁾ ⁽²³⁾
⁽⁴⁹⁾ ⁽⁵⁰⁾.

Segundo Leal, Gama e Cunha ⁽²³⁾ as desigualdades raciais e as condições de saúde da população permanecem sendo um grande problema de saúde pública em vários aspectos que variam desde as diferenças biológicas, disparidades sociais e discriminação étnica, a problemas metodológicos da questão racial, como acesso à informação, educação, emprego, moradia, bens materiais, serviços de saúde e até mesmo da percepção do racismo. As evidências enfatizadas na literatura servem para estabelecer o papel fundamental dos fatores socioeconômicos na constituição das desigualdades raciais e sociais em saúde.

As autoras realizaram uma pesquisa sobre desigualdades raciais, sociodemográficas na assistência ao pré-natal e ao parto entre os anos de 1999 a 2001⁽²³⁾. Nesta pesquisa observou-se persistente situação desfavorável das mulheres de pele preta e parda em relação às brancas. Constatou-se também, que as desvantagens observadas entre as mulheres pretas e pardas se estenderam para a assistência à sua saúde e do conceito. Verificou-se que os indicadores socioeconômicos dessa população pioraram a medida que se verifica o escurecimento da cor da pele. Foi identificada maior prevalência de negras com maternidade na adolescência e também o mais baixo grau de escolaridade da mulher negra, o que retrata desigualdade no acesso e na permanência no sistema educacional.

Com preocupações parecidas, Kalckmannk *et. al.*⁽⁴⁷⁾ demonstram que a dimensão socioeconômica na associação entre raça e saúde tem como ênfase, a elevada desigualdade racial de acesso aos recursos socialmente valiosos e às posições na estrutura social, deixando claro o índice de desigualdades entre a

saúde de negros e brancos, homens e mulheres. Essas manifestações de desigualdades foram apontadas por Ciconello ⁽⁸⁰⁾:

(...) a persistência dessas desigualdades raciais, como o passado de exclusão e invisibilidade da população negra, sua condição de pobreza e, sobretudo, a negação de seus direitos após a abolição da escravidão no Brasil, em 1888. [...] o resultado é uma sociedade em que o racismo e as desigualdades sociais deles resultante não se revelam, e não se debatem, parece não existir, [...] o problema não é o racismo, é a pobreza, as desigualdades não são raciais, são sociais (p, 3)

Leal, Gama e Cunha ⁽²³⁾ concordam, inferindo que na relação com os serviços de saúde, as desigualdades se reproduzem tanto no acesso a um pré-natal adequado quanto no momento do parto. Menos de um quinto das mulheres negras com menor nível de escolaridade realizou um pré-natal considerado adequado e mesmo no grupo com mais instrução, esse benefício não cobre a metade delas. As pardas mostram o mesmo padrão, ligeiramente atenuado. As desigualdades nos serviços de saúde às mulheres também se diferenciaram segundo o grau de instrução e cor da pele, como se pode constatar:

(...) no pré-natal [as mulheres negras] tiveram menor acesso a atenção adequada em acordo aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde. No momento do parto, foram mais penalizadas por não serem aceitas na primeira maternidade que procuraram e, durante o parto, receberam menos anestesia. Essas diferenças no tratamento oferecido foram apreendidas pelas mulheres ao avaliarem a qualidade dos serviços oferecidos a elas ⁽²³⁾. (p. 105).

Em Nascimento *et al.*⁽⁵¹⁾ também se afirma que, no tocante à gestação e processo parturitivo, os resultados de estudos realizados a partir da análise de relatórios de Comitês de Morte Materna mostraram que esse risco é maior entre as mulheres negras. Dentre as causas apontam complicações da gestação ou trabalho de parto, devido à falta de acesso ao cuidado pré-natal e/ou um cuidado pré-natal de pouca qualidade.

Ressalta-se que o acesso universal e igualitário é garantido na Constituição Federal do Brasil. Entretanto, as ações e os serviços de saúde não têm assegurado aos negros e indígenas o mesmo nível, qualidade de atenção e padrão de saúde apresentado pelos brancos. Indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer ⁽⁵²⁾.

O Departamento de Análise de Situação de Saúde do Brasil, no relatório de 2005, realizou análises discriminadas segundo raça, cor e etnia, enfocando a assistência pré-natal, tipo de parto, baixo peso ao nascer e análise dos dados referentes ao nascimento, inclusive da morbimortalidade materno-infantil, em âmbito nacional e regional.

A discriminação por cor/raça, na maioria das vezes de forma velada, em virtude de leis que a proíbem, perpetrada por meio de mecanismos de expressão que não ferem abertamente essas normas, determina diferenças importantes no acesso e na assistência nas diferentes esferas da sociedade, como, por exemplo, na menor oportunidade de escolarização, na polícia e outras forças de autoridade e controle social através de prisões ilegais e detenções arbitrárias, na justiça, como reflexo da falta de informação e da relação melhor rendimento econômico/melhor defesa e de penas distintas ^{(49) (84)}

Evidências científicas apontam profundos problemas étnicos raciais no Brasil. À discriminação racial se expressa por meio de diferenças importantes e menores oportunidades no acesso a bens e serviços, direito à assistência no âmbito da saúde pública e configura-se como racismo institucional ⁽⁴⁸⁾. Na área da saúde, estudos recentes têm reforçado que as desigualdades quanto à saúde e assistência sanitária dos grupos étnicos e raciais são óbvias e que, entre as explicações para tais

desigualdades, o racismo é a mais preocupante. Essas diferenças no âmbito dos direitos e do espaço público configuram o racismo institucional ⁽⁴⁷⁾ ⁽⁵³⁾.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra ⁽⁸¹⁾ revela que é necessário para uma análise adequada das condições sociais e da saúde dessa população, considerar a grave e insistente questão do racismo no Brasil, persistente mesmo após uma série de conquistas institucionais, devido ao seu elevado grau de enraizamento na cultura brasileira.

López ⁽⁵⁰⁾ entende as políticas públicas com perspectiva racial no Brasil, como produto da trajetória contemporânea da militância negra, por meio de resistências e lutas disseminadas na esfera pública, por evidenciar o racismo na sociedade brasileira e demandar ações governamentais que provoquem um processo de desracialização.

As políticas de ação afirmativa da Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR inferem que o racismo institucional tem uma grande força histórica no Estado Brasileiro, o que, de fato, legitima tais políticas públicas e, na atualidade, nos permitem um entendimento da complexidade que envolve essas ações quanto políticas públicas que são responsáveis por uma história de desigualdades e desvantagens sofridas por um grupo étnico racial ⁽⁵⁴⁾.

Essa naturalização e reprodução da desigualdade racial, manifestadas em atos explícitos, declarados ou velados marcam o racismo e a discriminação racial que, de forma difusa, operam no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, na forma diferenciada de distribuição dos serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial. O racismo extrapola as relações interpessoais e instaura-se no cotidiano institucional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, gerando, de forma ampla, desigualdades e iniquidades. A essa modalidade convencionou-se chamar de

racismo institucional, em referência às formas como as instituições funcionam, contribuindo para a sua naturalização⁽⁵⁵⁾ (50).

O Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI)⁽⁵⁶⁾, implementado no Brasil, em 2005, refere-se ao racismo institucional como:

(...) o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (p. 22).

Estudiosos do tema, afirmam em seus trabalhos⁽⁵⁰⁾ (57) que o aumento expressivo da cobertura das políticas sociais na população não tem colaborado significativamente para a redução das desigualdades raciais:

(...) os avanços no sentido da consolidação de políticas sociais universais têm ampliado o acesso e as oportunidades da população negra, mas, em geral, não vêm alterando os índices históricos de desigualdade entre brancos e negros [...] é preciso à implementação de políticas públicas que provoquem um processo de desracialização, assim como gerar reflexões de como operar mecanismos que na área da saúde podem ser analisados como dispositivos de biopoder⁴, na medida em que gerenciam a vida da população sob um olhar racial.⁽⁵⁷⁾ (21).

Pelo observado acima, pode-se inferir que o racismo institucional pode ser evidenciado/detectado em processos, atitudes ou comportamentos que denotam discriminação derivada de estereótipos, preconceito inconsciente, ignorância ou falta de atenção que colocam pessoas e grupos em situações de desvantagem. Desta forma, pode-se considerar que as relações racializadas e o tratamento

⁴ O biopoder se refere a um campo composto por tentativas, mais ou menos racionalizadas, de intervir sobre as características vitais da existência humana. Ele é exercido como um controle social que começa no corpo, expressando a materialidade do poder nos corpos dos indivíduos. Os discursos sobre o sexo e sobre a raça são paradigmáticos para pensar a sobreposição entre o controle sobre os corpos e a biopolítica, para produzir uma população saudável.⁽²¹⁾

discriminatório obstaculizam o desenvolvimento emancipatório para negros e pardos e são um dos maiores determinantes das diferenças sócio-históricas em suas repercussões nas condições de vida e saúde dos cidadãos brasileiros.

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA

POR UMA METODOLOGIA DE VALORIZAÇÃO DOS SUJEITOS

(...) eu queria assim... tenho tanta vontade que aqui mudasse e que tivesse igual as outras cidades tem: hospital, comé/ que tem... que a gente vai e é atendido bem...(PAR 1 Bromélia).

Neste capítulo, discorre-se o caminho metodológico percorrido nesta pesquisa.

Trata-se de um estudo de cunho qualitativo, exploratório, que possibilitou abordar a violência obstétrica perpetrada às mulheres negras que receberam assistência no ciclo gravídico puerperal em uma unidade hospitalar estadual de um município do interior da Bahia. Utilizou-se como método de abordagem para construção dos dados, a entrevista semi-estruturada.

A escolha deste método ocorreu por adaptar-se às questões mais subjetivas de interações e compreensão social envolvidas nesta proposta de pesquisa, na qual investiga-se: a caracterização do perfil socioeconômico e de saúde das participantes; as formas com que a violência obstétrica se expressa e como essas situações são vividas pelas mulheres durante o ciclo gravídico puerperal; e, por fim, quais estratégias as mulheres utilizam para enfrentar as situações de violência no ciclo gravídico -puerperal.

O estudo qualitativo é definido por Minayo⁽⁶⁶⁾ como:

(...) O que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Este tipo de método tem fundamento teórico e permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares. Propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (p. 57).

Considera-se ainda, que a pesquisa de cunho qualitativo responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. E trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁽⁶⁷⁾.

A abordagem exploratória, por natureza qualitativa e contextual, 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. Dessa forma, atende o elenco de objetivos constante desta dissertação.

Piovesan e Temporini⁽⁸²⁾ definem pesquisa exploratória como parte integrante da pesquisa principal. Estudo cuja finalidade é melhor adequar o instrumento de investigação à realidade que se pretende conhecer. Dessa forma, Gil⁽⁸³⁾ reitera que esta abordagem proporciona maior familiaridade com o problema. Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado.

LOCAL DO ESTUDO

Feira de Santana, município eleito como campo desta pesquisa, situa-se no semiárido baiano, distante aproximadamente 108 quilômetros de Salvador – Bahia. Ocupa lugar privilegiado entre os 16 municípios economicamente mais dinâmicos do Estado. Encontra-se no principal entroncamento rodoviário do Norte-Nordeste brasileiro por onde passam as BR 101, 116 e 324, além de várias rodovias estaduais, constituindo-o como ponto de passagem para o tráfego que vem do Sul, Sudeste e do Centro-Oeste e outras importantes cidades nordestinas. Possui uma

área 1.337.993 km² e sua densidade demográfica é de 416,03 km². No censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, sua população residente era 556.642 habitantes, sendo 263.999 homens e 292.643 mulheres. A distribuição da população residente no município segundo raça/cor da pele demonstra maior prevalência de pretos(as) e pardos(as), pois, 439.291 da população total se denomina como pretos(as) e pardos(as). Sua economia está baseada na indústria, comércio e agropecuária, com um produto interno bruto (PIB) de 7.884,62 reais, em 2013. É um lugar propício para acolher empresas em seus diferentes setores da economia.

Quanto à educação e cultura, o município conta com uma rede de ensino básico e superior composta por escolas da educação básica pública e privada, uma universidade estadual, uma federal e um importante complexo de faculdades privadas. O entretenimento cultural no município conta com órgãos de serviços estaduais e municipais, a exemplo de centros culturais, casas de shows e projetos desenvolvidos pelo terceiro setor atuando junto às entidades culturais legalmente constituídas e às comunidades de saberes tradicionais, a exemplo das comunidades de samba, capoeira e danças dramáticas.

O Município conta com uma rede de serviços de saúde estadual, municipal e privado, atendendo uma demanda nos três níveis de complexidade do SUS. Na atenção básica assiste aproximadamente 90% da população. Em nível secundário conta com uma rede de policlínicas/SUS (atendimento pré-hospitalar fixo) e um vasto serviço de clínicas ambulatoriais privadas. Em nível terciário é assistido por dois hospitais estaduais de grande porte, um hospital municipal da mulher, um hospital maternidade de parceria público-privada e um conjunto considerável de hospitais privados.

O estudo foi desenvolvido no ambiente Materno Infantil (MI) de um Hospital Estadual de grande porte deste município. O campo foi realizado em três setores: o Ambulatório de Pré-Natal (APN), o Centro Obstétrico (CO) e o Alojamento Conjunto (AC). Vale destacar, que esse hospital é cadastrado como unidade de alta complexidade, pactuada junto à Rede Estadual para prestar atendimento a mulheres com gestação de Alto Risco (AR). Porém, devido à sobrecarga da demanda municipal, também realiza atendimento espontâneo de gestante de Risco Habitual (RH) ou Baixo Risco (BR), entendido como casos de menor complexidade, em que a gravidez das mulheres não tem problemas e suas necessidades são resolvidas com procedimentos simples no nível primário de assistência ⁽⁶⁹⁾.

Seu ambulatório de Pré-Natal (APN) assiste apenas mulheres de Gestação de Alto Risco, que foram encaminhadas via Central de regulação da saúde Estadual e/ou Municipal. Por essa condição, nesta pesquisa foi contemplado apenas a participação de mulheres que estavam realizando pré-natal de alto risco. Essa Central de regulação administra junto a esta unidade hospitalar mais de 100 municípios da macrorregião Centro-Leste do estado. O Centro Obstétrico (CO) assiste gestantes que vêm direcionadas pela Central de regulação municipal ou por demanda espontânea: gestantes com gravidez de Risco habitual e com Alto risco. O Alojamento Conjunto (AC) assiste a mulheres que pariram cuja gestação foi de Alto Risco e Risco Habitual.

Gestação de risco habitual é aquela em que as gestantes que não são portadoras de doenças, ou que não apresentam problemas que podem ter sido desencadeados nesse período. Brasil, (2012)⁸⁶. A gestação de alto risco, de acordo com Brasil ⁽⁶⁹⁾, é definida como aquela que ocorre em:

[...] “portadoras de doenças que podem se agravar durante a gestação ou que apresentarão problemas que podem ter sido

desencadeados nesse período. É aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas que a da média da população considerada” (p. 12).

Dados extraídos da estatística mensal do Centro Obstétrico mostram que em 2015 esta unidade de saúde realizou em média 120 partos/mês, tanto por vias vaginais como cesáreas, e atendeu mulheres com gravidez de risco habitual e de alto risco.

Caldeyro-Barcia *et al*⁽⁷⁰⁾ reitera ainda que, se essas gestantes portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe.

PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa 13 mulheres negras que se encontravam no ciclo gravídico puerperal, com idade entre 18 e 45 anos. Esse parâmetro etário foi definido pelo fato de sujeitos com 18 ou mais anos responderem pela maior idade constitucional. O limite superior de 45 anos foi considerado por serem mulheres em idade fértil.

A classificação da cor para participar do estudo, foi realizada de duas formas: autoclassificação e pela pesquisadora, com base em características fenotípicas e grau de melanina fundamentado na literatura especializada, como consta nos trabalhos de SCHWARCZ⁽⁸⁸⁾ e GUIMARÃES⁽⁹⁴⁾, os quais advertem para a complexidade da classificação racial no Brasil orientando a adoção de categoria classificatórias específicas para cada realidade histórica e para a perspectiva da subjetividade. Nesta pesquisa optou-se por utilizar tais referências para fundamentar esses elementos de identificação racial, entendendo como autoclassificação racial a atribuição realizada pelas próprias participantes da sua identidade de cor/raça. ⁽⁹⁴⁾

Muitas participantes se declararam entre as variações do pardo, exemplo: marron clara e morena, todas elas foram consideradas como “Negras”. Tanto o IBGE, quanto a literatura consultada advertem que para constituir a classificação “negra”, é necessário somar a população preta com a população parda. ^(88, 89)

Foram entrevistadas sete gestantes de alto risco, sendo quatro no pré-natal, uma no parto e duas no pós parto, e seis gestantes de risco habitual: duas no parto e quatro no pós parto (N=13). As descrições destas participantes, quanto aos quesitos sociodemográfico e de saúde constam no Apêndice C.

O número de participantes está relacionado à natureza qualitativa da pesquisa e sua definição amostral baseada em critérios fornecidos por Minayo⁽⁶⁶⁾. A definição amostral na pesquisa qualitativa sugerida por essa autora considera alguns critérios, dentre os quais se destaca que o tamanho da amostra é suficiente a partir da reincidência das informações, mas não despreza informações singulares. Essa metodologia de definição amostral baseia-se na busca de aprofundamento e de compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação.

Observou-se nos discursos das 13 mulheres entrevistadas a presença de repetições, que mostraram saturação, além de importantes enunciações discursivas que produziram boa possibilidade de análise. Esse número de sujeitos se aproxima de uma amostra de cerca de 10% dos partos/mês atendidos no hospital.

A fim de identificar especificidades da assistência nas distintas fases do ciclo gravídico-puerperal, considerou-se na definição da amostra as três fases desse ciclo: pré-natal, parto e pós-parto. Também os diferentes riscos gestacionais foram levados em consideração, a saber, alto risco e risco habitual.

As gestantes de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas por conta do grau de complexidade em relação ao risco habitual. Ainda que alguns

casos possam ser solucionados no nível primário de assistência à saúde, outros necessitarão do nível secundário e terciário, como no caso pré-natal e parto de alto risco, objeto dessa pesquisa. Tal realidade demanda uma equipe de saúde capacitada e estrutura de tecnologia sofisticada. Dessa forma, percebe-se uma maior dificuldade na assistência por conta das peculiaridades que este grupo apresenta relacionada às especificidades do alto risco e risco habitual. ⁽⁹⁹⁾

TÉCNICA DA PESQUISA

Utilizou-se como técnica de pesquisa a entrevista individual, semi-estruturada. A entrevista foi realizada através de um roteiro que combinou perguntas fechadas e abertas, o que possibilitou a fluidez dos temas em questão sem as amarras de indagações rígidas. (Apêndice B)

As perguntas fechadas trataram sobre os dados sociodemográficos e de saúde, a exemplo da idade, estado civil, identidade étnico racial, escolaridade, estrutura familiar, histórico de saúde e gestação.

As perguntas abertas abordaram questões relacionadas às naturezas das violências vividas pelas mulheres durante o ciclo gravídico puerperal, as situações em que estas violências foram experienciadas e suas estratégias para o enfrentamento a tais vivências.

Os instrumentos para construção de dados são parte fundamental da dinâmica de uma pesquisa científica. De acordo com Minayo⁽⁶⁶⁾ as entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade, e se caracterizam pela sua forma de organização. Podem ser classificadas em: sondagem de opinião; entrevista semi-estruturada; entrevista aberta ou em profundidade e em entrevista focalizada.

Segundo Souza *et. al.*⁽⁷¹⁾ o roteiro para entrevistas se apoia na habilidade relacional do investigador e na sua capacidade para transformar o objeto teórico em

conversas com finalidade e em observações com propósitos. Exige preparação cuidadosa e pode passar por modificações durante o trabalho de campo. Esses autores apontam ainda que instrumentos quantitativos e qualitativos podem se completar em uma dialética de contrários, se houver disposição do investigador para exercitar o diálogo teórico e prático.

As entrevistas podem assumir diferentes formatos, assim cada um deles poderá apresentar estrutura que demandará um determinado modelo de roteiro e lógica de aplicação ⁽⁷¹⁾ Cada entrevista se expressa de forma diferenciada à luz e à sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la como nos dados que são produzidos.

Minayo⁽⁶⁶⁾ refere que a modalidade de entrevista semi-estruturada:

(...)“difere apenas em grau da não estruturada ⁽⁶⁶⁾, porque na verdade nenhuma interação, para finalidade de pesquisa, se coloca de forma totalmente aberta ou totalmente fechada. [...] Ela obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador, facilita e assegura a abordagem do pesquisador”. (p. 267).

Dessa forma, a autora afirma que esta modalidade de entrevista facilita uma abordagem e assegura aos investigadores que suas hipóteses ou seus pressupostos sejam cobertos na conversa. Sendo assim, pode-se explorar estruturas de relevância dos entrevistados trazidas no campo.

Minayo ⁽⁶⁶⁾ refere ainda que pode-se utilizar instrumentos para registro das variadas modalidades de entrevista, pois isso garante a fidedignidade da coleta de dados que tem na fala sua matéria prima. Sendo assim, haverá uma boa compreensão da lógica interna da entrevista, podendo ser usados recursos como gravações e filmagens.

Com o propósito de garantir o sigilo, o anonimato e preservar a integridade das participantes da pesquisa, as entrevistas individuais com gestantes do pré-natal e pós parto foram feitas em sala apropriada disponibilizada pelo hospital. As

entrevistas relacionadas ao parto foram realizadas na residência da entrevistada, mas também gozou das mesmas garantias de sigilo e privacidade. Essas últimas foram previamente agendadas com a participante ainda no espaço do hospital, (dentro do Centro Obstétrico durante o trabalho de parto e/ou após ele) e realizadas em média com cinco dias após o parto, visto que, o estado emocional e de vulnerabilidade da mulher durante o processo de parturição poderia comprometer a precisão das informações acerca do parto.

Para todas as participantes disponibilizou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após receberem os esclarecimentos quanto as finalidades e contribuições do estudo, foi solicitada a assinatura do TCLE às que consentiram em participar voluntariamente. Esse termo também foi assinado pela pesquisadora em duas vias, ficando uma delas com a participante (ver Apêndice A). Ocorreram apenas duas recusas, sob a justificativa de indisponibilidade de tempo para receber a entrevistadora.

As entrevistas foram gravadas e tiveram, em média, a duração de uma hora. Ao seu término, o gravador foi desligado, e a depoente teve o tempo necessário para fazer um relato livre sobre o tema da pesquisa, depoimento esse que foi registrado em um diário de campo. Salienta-se que as informações que constam nesse diário foram analisadas juntamente com o material das entrevistas.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, usando-se a técnica da análise temática orientados pelas elaborações de Minayo.⁽⁶⁶⁾ A análise de conteúdo, expressão genérica que designa o tratamento dos dados qualitativos, trata-se de um conceito historicamente construído para dar respostas teórico-metodológicas e que se diferencia de outras abordagens.⁽⁶⁶⁾ Trata-se de um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos

de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Esta análise diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos, ressaltando o processo de inferência. Dessa forma, buscou-se a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo, por ser uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações para interpretá-los.⁽⁷⁶⁾

Partindo das conceituações acima, a análise temática também participa do trato do material qualitativo, pois comporta um feixe de relações e pode ser apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo.

A análise temática consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Para a análise de significados, a presença de determinados temas denota a estrutura de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso.⁽⁶⁶⁾

PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Gomes *et. al.*⁽¹⁸⁾ a organização e o processamento de dados são aspectos complexos da pesquisa que estão intimamente articulados às etapas anteriores do trabalho e da perspectiva analítica adotada.

Esta técnica permite a obtenção de dados a partir de discussões cuidadosamente planejadas, onde os participantes expressaram suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica em um ambiente permissivo e não constrangedor.

Após a gravação, todo material das entrevistas foi transcrito e armazenado em um banco de dados, o qual foi estruturado por categorias codificando-as pela ideia central e objetivos da pesquisa, como orienta Gomes *et. al.* acerca da organização de materiais para interpretação qualitativa.⁽⁸⁷⁾

Optou-se por trabalhar com as falas incluindo-se características paralinguísticas. Assim, destacaram-se as observações consideradas importantes, a exemplo da entonação da voz acerca de temas ou momentos específicos da entrevista. Para garantir o sigilo e o anonimato, cada entrevistada recebeu um codinome de flor seguido da sigla do ciclo gravídico puerperal (PN - pré natal, P - parto e Pós - pós parto) e do risco (AR- alto risco e RH - risco habitual).

Realizou-se a estrutura de análise por aproximações sucessivas e por propostas de categorização, na qual pode-se classificar o conjunto de depoimentos ou os registros de observação a partir dos instrumentos de coleta de dados (entrevistas semi-estruturadas individuais e diário de campo). As categorias estabelecidas foram 1) Acesso, 2) Saúde da mulher e questão racial, 3) Percepções de violências no ciclo gravídico, 4) Olhares da mulher negra sobre o ciclo gravídico-puerperal.

A partir destas categorias foi elaborado o conteúdo analítico da dissertação, o qual corresponde ao capítulo quatro, a saber: 4: Resultados e discussão: A situação gravídico puerperal. 4.1 Dados sociodemográficos e de saúde; 4.2 Acesso: condições reais e táticas de acolhimento no serviço de saúde; 4.3 Dissecando a desigualdade na prática obstétrica: saúde da mulher e questão racial; 4.4 percepção de violências no ciclo gravídico puerperal e 4.5 “Como filme de terror”: Olhares da mulher negra sobre o ciclo gravídico puerperal.

Buscou-se cruzar organizar e analisar as falas das entrevistas individuais e os registros do diário de campo, por período do ciclo gravídico puerperal em que cada

mulher se encontrava, gerando assim, uma matriz de análise (ver Anexo D), na qual os dados transcritos foram analisados de forma contextualizada e triangulada. Para Gomes *et al.*⁽⁸⁷⁾ A triangulação como recurso metodológico para uma avaliação, conforme já referido, processa-se por meio de diferentes métodos, técnicas, fontes e pesquisadores.

Após a elaboração da estrutura de análise, realizou-se uma leitura compreensiva do material transcrito, em seguida buscou-se realizar as inferências, tentando captar as ideias que estão por trás dos textos. Concluiu-se, com uma reinterpretação das informações trazidas do campo, na qual procurou-se realizar a síntese: da dimensão teórica e dos objetivos.

As características sociodemográficas e de saúde das entrevistadas foram sistematizadas em uma planilha eletrônica do software Microsoft Excel, do pacote Office 2016, e analisadas por meio de frequências simples e relativas.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa CEP/IFF/Fiocruz/RJ (CAAE 56688216.2.0000.5269).

CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO

A SITUAÇÃO GRAVÍDICO PUERPERAL.

(...) a experiência de parto não termina restrita a um acontecimento pessoal, mas adquire, depois e não raras vezes, contornos de um ativismo social.

(Rosamaria Giatti Carneiro. Cenas de Parto e Políticas do Corpo, 2015).

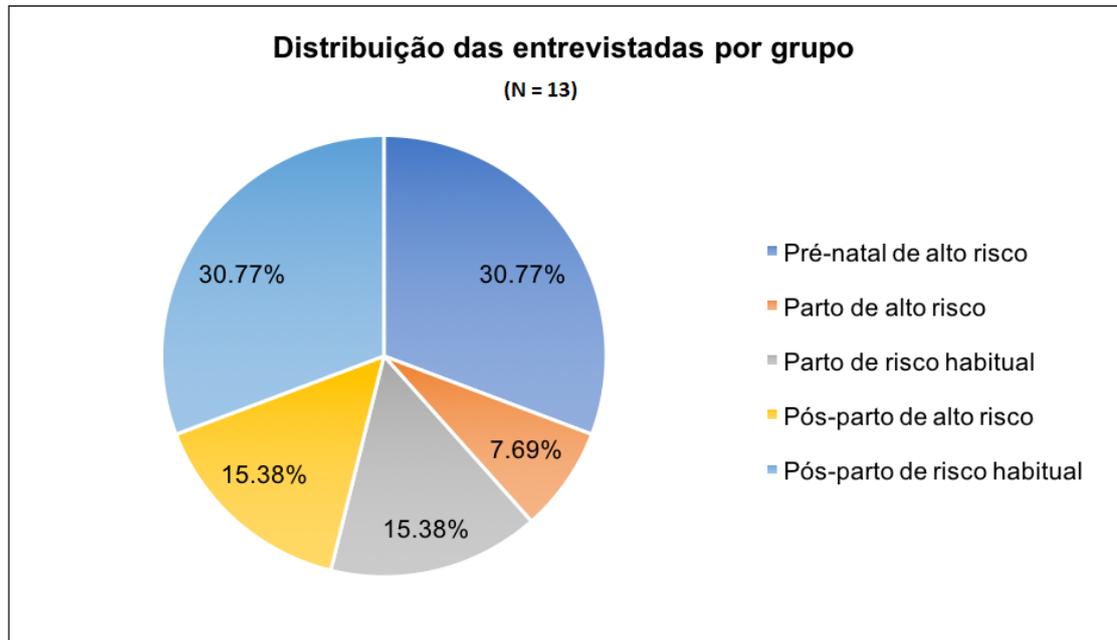
Este capítulo apresenta os resultados da análise do material coletado no campo de pesquisa, cotejado a partir de elementos teóricos e metodológicos discutidos nos capítulos anteriores.

4.1 Dados sociodemográficos e de saúde.

Nesta seção apresenta-se a análise descritiva das características sociodemográficas e de saúde das treze respondentes.

O Gráfico 1 mostra a distribuição das entrevistadas, segundo o ciclo gravídico puerperal. As gestantes do pós parto estão mais representadas (seis), seguidas pelas do pré natal (quatro) e do parto (três); sete delas tinham gravidez de alto risco e seis, risco habitual. Quatro participantes foram do Pré-natal de alto risco (30,77%) e quatro do Pós-parto de risco habitual (30,77%). Duas participantes tiveram Parto de risco habitual (15,38%), e duas tiveram alto risco no Pós-parto (15,38%). Apenas uma participante foi de Parto de alto risco (7,69%).

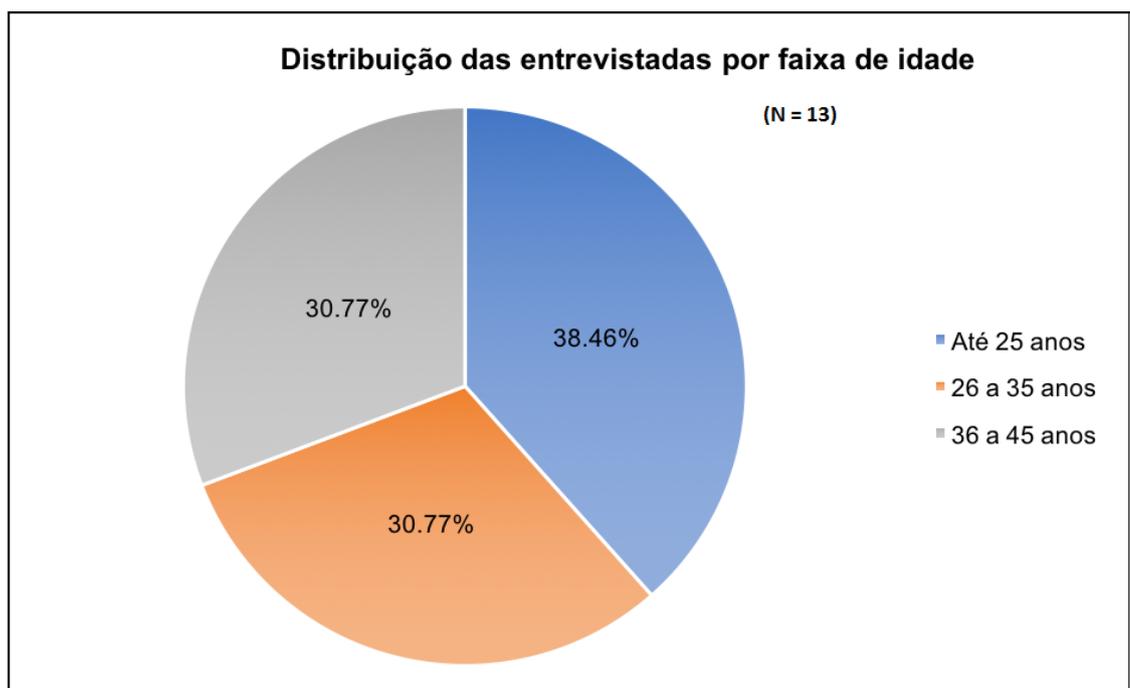
GRÁFICO 1



Fonte: Dados de campo da autora (2016).

Como já enunciado, a faixa etária das 13 participantes foi de 18 a 45 anos. O Gráfico 2 mostra que o grupo com até 25 anos de idade (38,45%) sobressai um pouco em relação aos demais; 30,77% tinham de 36 a 45 anos e a mesma porcentagem foi percebida entre as de 26 a 35 anos.

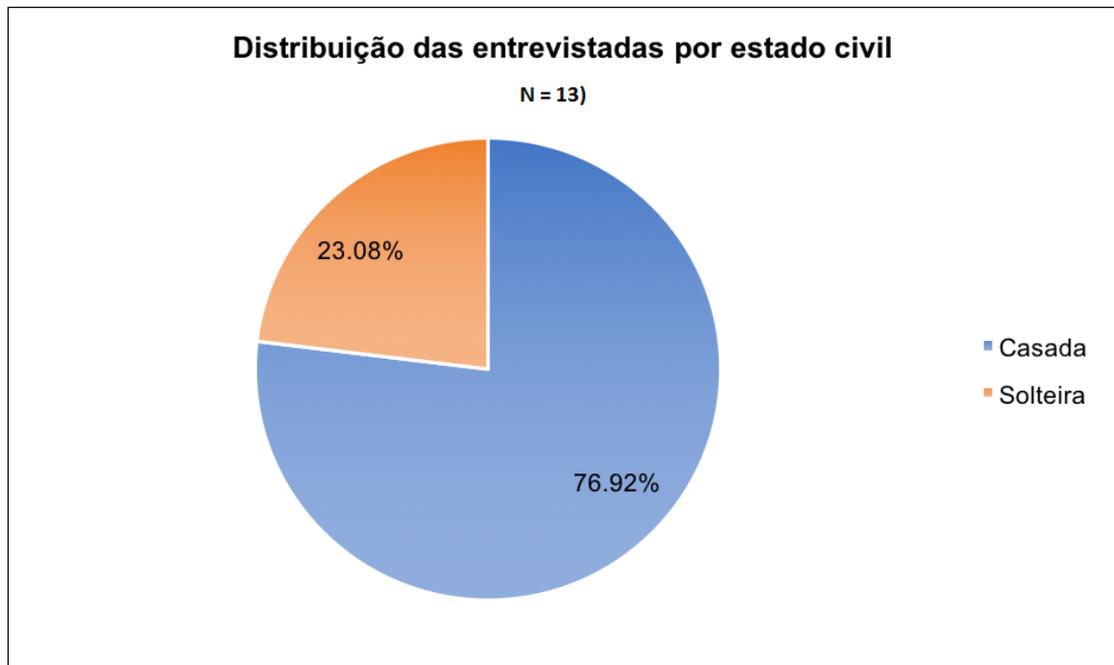
GRÁFICO 2



Fonte: Dados de campo da autora (2016).

O Gráfico 3 demonstra que as participantes declararam em sua maioria ser casada (76,92%), sendo que 23,08% referiram ser solteira.

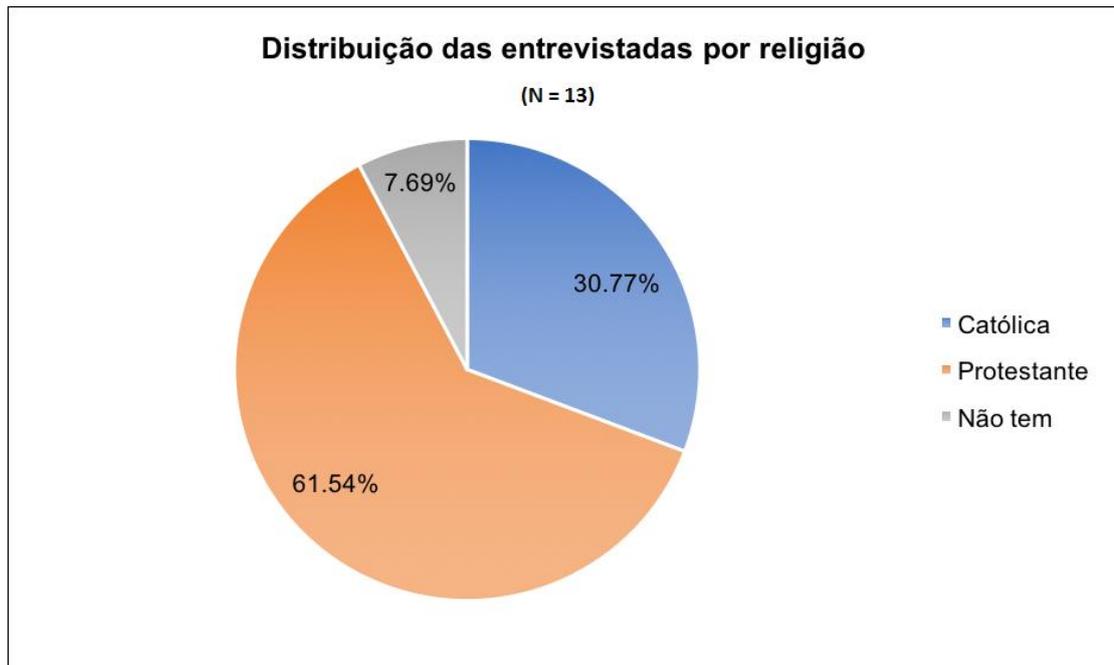
GRÁFICO 3



Fonte: Dados de campo da autora (2016).

O Gráfico 4 apresenta a distribuição das entrevistadas por religião declarada. Destaca-se que 61,54% eram protestantes; 30,77% católicas e 7,69% afirmaram não ter religião.

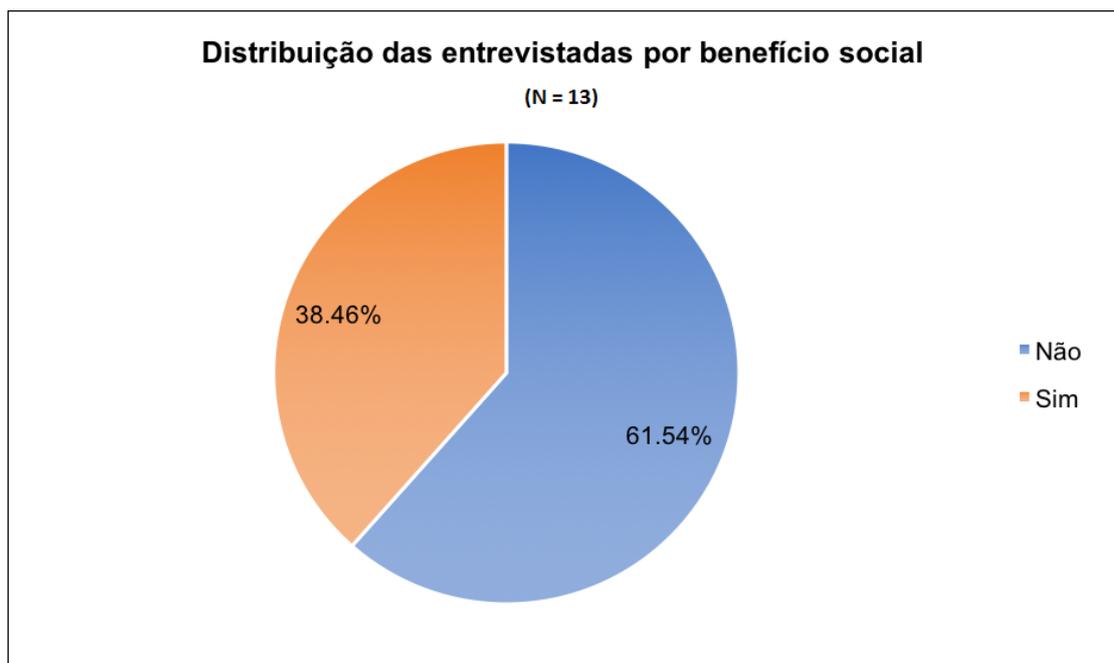
GRÁFICO 4



Fonte: Dados de campo da autora (2016).

No Gráfico 5, observou-se que apenas 38,46% das entrevistadas recebiam o benefício social (Bolsa Família) em relação a 61,54% das que não recebiam esse benefício.

GRÁFICO 5



Fonte: Dados de campo da autora (2016).

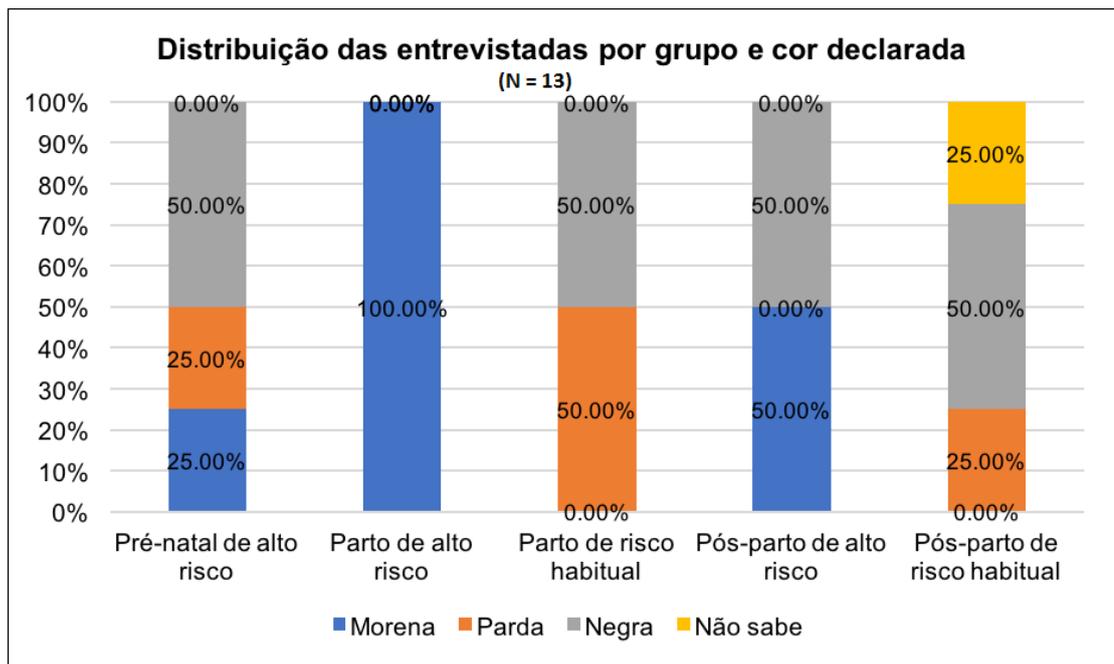
Os Gráficos 6 e 7 mostram a distribuição das entrevistadas por grupo de cor observada e cor declarada, respectivamente. Os resultados destacados nos gráficos corroboram o que foi argumentado na metodologia como critério de inclusão. Identificou-se no grupo de **pré-natal de alto risco** que 100% das participantes foram classificadas pela pesquisadora como de cor parda. Entretanto, 25% delas se declararam como de cor morena, 25% como pardas e 50% como negras. Quanto ao grupo de mulheres com **parto de alto risco**, a observação indicou que 100% eram de cor parda, e a cor foi declarada por 100% delas como morena.

Em relação ao grupo de **parto de risco habitual** 50% das mulheres foram percebidas pela pesquisadora como de cor parda e 50% preta, do mesmo modo a cor declarada foi para 50% delas parda e para 50% preta. No grupo de **pós-parto de alto risco** a cor observada em 50% das mulheres foi a parda, e 50% preta; já a cor declara por elas foi 50% morena e 50% negra.

No grupo **pós-parto de risco habitual** observou-se que 50% das mulheres eram de cor parda e 50% preta. Nesse grupo, 25% delas declararam-se como de cor parda, 50% de cor negra e outras 25% não souberam declarar sua cor. Estes dados corroboram com o que informa o IBGE (2010), como já informado anteriormente.

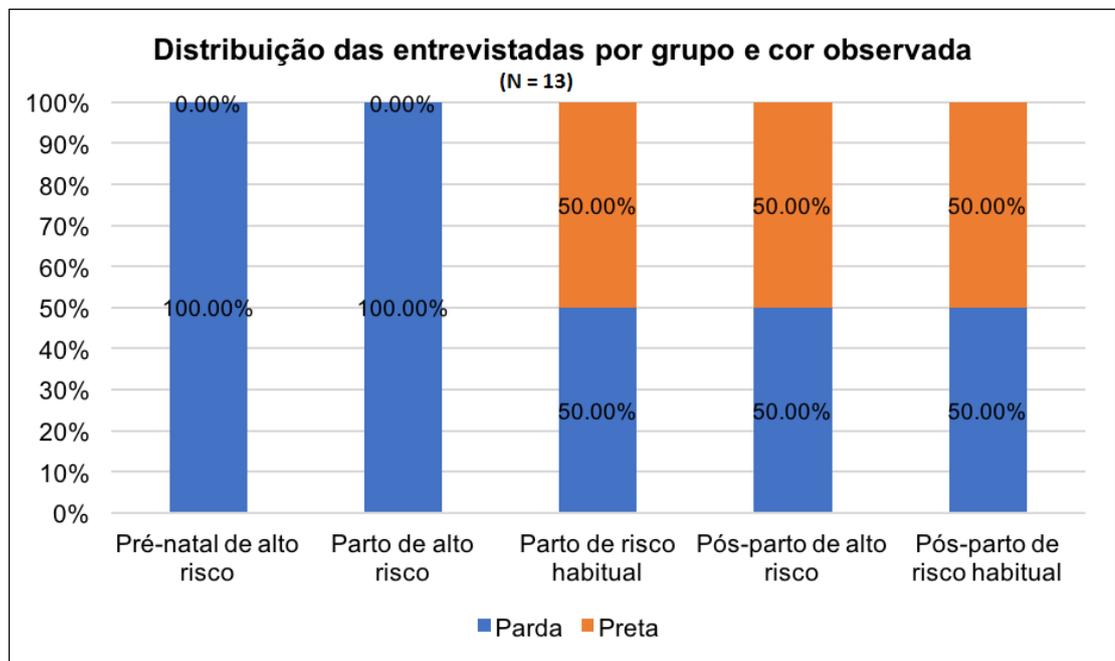
Dessa forma, os gráficos apresentam uma diferença na descrição entre a cor observada e a cor declarada. Tal achado é revelador de símbolos no que se refere à classificação racial do sistema brasileiro de marcação das diferenças e negociações em torno da cor. A discussão da cor no Brasil abre espaço para muitas derivações sociais, ora revelando-se na dificuldade para autodeclaração, ora na mudança de declaração dependendo da circunstância. Como afirma Schwarcz⁽⁸⁸⁾, “Raça é coisa de momento ou de ambiente”.

GRÁFICO 6



Fonte: Dados de campo da autora (2016).

GRÁFICO 7



Fonte: Dados de campo da autora (2016).

A Tabela 1 resume os dados sociodemográficos das 13 mulheres participantes da pesquisa conforme as categorias de Renda familiar e Escolaridade.

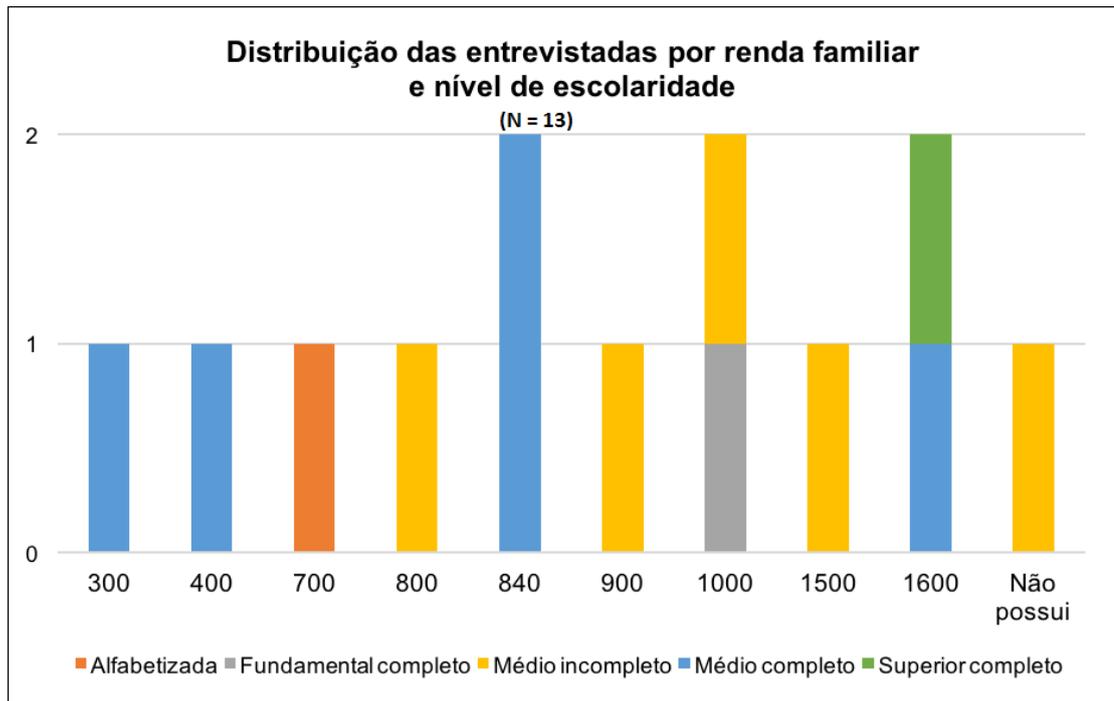
**TABELA 1 - Distribuição das entrevistadas, por renda familiar e nível de escolaridade
(N = 13)**

Renda familiar mensal (R\$)	Nível de escolaridade					Total
	Alfabetizada	Fundamental completo	Médio incompleto	Médio completo	Superior completo	
Não possui	0	0	1	0	0	1
300	0	0	0	1	0	1
400	0	0	0	1	0	1
700	1	0	0	0	0	1
800	0	0	1	0	0	1
840	0	0	0	2	0	2
900	0	0	1	0	0	1
1.000	0	1	1	0	0	2
1.500	0	0	1	0	0	1
1.600	0	0	0	1	1	2
Total	1	1	5	5	1	13

Fonte: Dados de campo da autora (2016).

Os dados da Tabela 1 revelaram que 10 delas possuem nível de escolaridade médio e apresenta maior dispersão, com renda variando entre zero e R\$ 1.500,00; 2 têm até o fundamental; e 1 possui o curso superior. Das 13, 8 informaram renda familiar de 840 a 1600 reais. Esta representação pode ser visualizada, também, no Gráfico 8 a seguir.

GRAFICO 8



Fonte: Dados de campo da autora (2016).

Os dados da Tabela 1 e Gráfico 8 indicam que a mudança de escolaridade não implicou em ascensão social da entrevistada que possui nível superior, tendo em vista que a renda familiar mensal dela ainda é inferior a dois salários mínimos (Salário mínimo = R\$ 880,00). Além disso, essa mesma renda foi auferida por uma entrevistada que possui ensino médio completo.

A renda média familiar encontrada entre as participantes corresponde à R\$ 883,08, ao tempo que a renda média familiar do município corresponde à R\$ 1.597,00 (IBGE, 2014).⁽⁹⁸⁾ A Tabela 1 demonstra que apenas duas participantes apresentaram rendimento acima da renda média familiar, a qual foi calculada à partir da renda *per capita* municipal que é R\$ 19.172,47⁽⁹⁸⁾. Esses dados mostram a situação dessas mulheres no tocante à condição econômica e estrutura de manutenção das necessidades básicas de sobrevivência.

Algumas questões relacionadas à saúde foram também analisadas. A Tabela 2 mostra a ocorrência de parto normal e parto cesáreo das entrevistadas. Indica uma prevalência de Parto cesáreo entre as nove participantes. Destas, cinco mulheres entrevistadas tiveram apenas partos cesáreos (como observado na linha 1); das quatro que tiveram parto normais: duas tiveram apenas um Parto normal e as outras duas tiveram três partos normais e um cesáreo. Observa-se um indicativo da ocorrência do parto cesáreo como prevalência na pesquisa.

**TABELA 2 - Distribuição das entrevistadas, segundo histórico do tipo de parto.
(N = 9)**

Parto Normal	Parto Cesáreo				Total
	0	1	2	3	
0	0	2	1	2	5
1	2	0	0	0	2
3	0	2	0	0	2
Total	2	4	1	2	9

Fonte: Dados de campo da autora (2016).

Ressalta-se que nesta tabela foram desconsideradas as quatro entrevistadas que estão no pré natal da primeira gestação, e, portanto, não possuem histórico de parto.

A Tabela 3 resume as ocorrências de complicações na gravidez, considerando tanto os casos de complicações anteriores como as existentes na gravidez atual.

TABELA 3 - Distribuição das entrevistadas, segundo complicações atuais e anteriores na gravidez

(N = 13)

Complicações atuais	Complicações anteriores					Total
	Aborto	Gravidez ectópica	Óbito Fetal	Pré-Eclampsia	Não	
Arritmia, dispneia	0	0	0	0	1	1
Artrite Reumatóide	0	0	0	0	1	1
Bartolinite	0	0	0	1	0	1
Hipertensão	1	0	0	0	0	1
Lúpus E. Sistêmico	1	0	0	0	0	1
Parto Prematuro	0	0	0	0	1	1
Não	1	1	1	1	3	7
Total	3	1	1	2	6	13

Fonte: Dados de campo da autora (2016).

Na análise da Tabela 3, observa-se maior incidência de complicações anteriores do que atuais no ciclo gravídico puerperal. Nas anteriores, registrou-se três casos de aborto, dois casos de pré-eclâmpsia e um caso de gravidez ectópica, além de um óbito fetal. Estas ocorrências representaram mais da metade dos casos estudados.

Com relação às complicações atuais, nota-se a existência de doenças crônicas, tais como: hipertensão; lúpus eritematoso sistêmico e arritmia cardíaca, como também houve um caso de Bartolinite e um parto prematuro.

Vale destacar que, as complicações atuais e anteriores informadas pelas participantes no período da coleta de dados, são complicações preveníveis e devem ser assistidas pelo SUS, no sentido de prever e promover a saúde.

A Tabela 4 apresenta os casos relacionados às ocorrências de parto e pós-parto das respondentes, desconsideradas aquelas de primeira gestação (PN).

**TABELA 4 – Distribuição das entrevistadas, segundo Filho vivo x aborto
(N = 9)**

Filho Vivo	Aborto		Total
	0	1	
1	3	1	4
2	2	0	2
3	1	1	2
4	1	0	1
Total	7	2	9

Fonte: Dados de campo da autora (2016).

Os dados revelaram que das nove participantes entrevistadas, duas tiveram aborto durante suas gestações: uma delas possui um filho vivo, e a outra possui três filhos vivos.

Na análise do histórico familiar e pessoal de doença, a Tabela 5 revela a prevalência das doenças de origem familiar. Como demonstra a proporção de oito casos de histórico familiar para cinco de histórico pessoal. E dentre estas, a de origem materna aparece com dois casos.

**TABELA 5 – Distribuição das entrevistadas, segundo histórico doença familiar e pessoal.
(N = 13)**

Histórico familiar de doença	Histórico pessoal de doença		Total
	Não	Sim	
Não	4	0	4
Sim	0	1	1
Sim (avô)	1	0	1
Sim (irmão)	1	0	1
Sim (mãe)	2	0	2
Sim (pai e mãe)	0	3	3
Sim (mãe, tia, vó)	0	1	1
Total	8	5	13

Fonte: Dados de campo da autora (2016).

4.2 - Acesso: Condições reais e táticas de acolhimento no serviço de saúde

Nesta seção analisa-se como foi para as entrevistadas o acesso, o acolhimento e o acompanhamento na unidade hospitalar estudada. Na perspectiva do cuidado integral o acesso e o acolhimento se articulam e se complementam na implementação das práticas em serviços de saúde. Souza *et al*⁽⁹⁷⁾, refere que a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis, considera ainda que seria a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde.

Quanto ao acolhimento menciona que deve ser visto como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar⁽⁹⁷⁾.

Acesso e acolhimento constituem-se como desafios na construção do cuidado integral e como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde. Dessa forma Souza *et al*⁽⁹⁷⁾, reitera que o acolhimento como diretriz operacional apresenta - se:

... como possibilidade de argüir o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade sobre os momentos nos quais os serviços constituem seus meios de recepção dos usuários, em que local, em que circunstâncias, qual finalidade e resultados.

Portanto, destaca-se assim, a necessidade de um acolhimento que possa garantir o acesso integral a demanda adscrita, assim como oferta de serviços de

saúde como regem os princípios do SUS, visto que se constata que ainda existem muitas dificuldades de acesso devido à desproporção entre demanda e oferta de serviços. Essas noções conceituais orientaram a elaboração dos elementos da entrevista para este quesito.

As participantes foram questionadas sobre as dificuldades que encontraram (ou não) em relação a esses aspectos do atendimento. As respostas fornecidas por elas foram as mais variadas possíveis em suas formulações, entretanto, permitiram traçar um diagnóstico sobre as dificuldades que as pacientes experimentaram para acessar um atendimento com maior dignidade e responsabilidade institucional.

Uma das gestantes, PN1 - Girassol começou falando da atuação do posto de saúde, o qual na sua avaliação agiu de forma ingerente, comprometendo o cumprimento de suas funções institucionais de atendimento pré-hospitalar:

O posto não me encaminhou, eu fiz três meses, fiz quatro meses, cinco meses e o posto nada, nada de encaminhar. Na verdade o posto não faz nada! O posto não auxilia em nada, mas já entrada por exemplo, seu pré-natal tá marcado pra hoje... é fácil chegar aqui e entrar em contato com o médico, mas se acontecer alguma coisa amanhã... é muito difícil você entrar e consegui falar com seu médico porque é muito longe. Eu moro bem afastado daqui, mas muito longe pra você ficar se locomovendo pra cá, mas o pré-natal em si é bom... (PN 1- Girassol).

Enquanto reconhece a importância do pré-natal, Girassol lamenta as dificuldades para acessá-lo por mediação do posto de saúde. Sua principal queixa é sobre o atraso do encaminhamento que se constitui responsabilidade desta unidade. O fato de faltar um melhor planejamento para a marcação, por não considerar as adversidades que acometem às pacientes, comprometeu o pré-natal a ser realizado devidamente por Girassol, principalmente pela dificuldade de deslocamento, implicando inclusive na dificuldade de contato da paciente com seu médico, o que representa um elemento fundamental para o bom andamento do pré-natal. Girassol, não apenas sugeriu os prejuízos, ela própria os vivenciou. Informou, em seu

depoimento que ao ser avisada sobre a agenda do seu pré-natal, como morava longe e tinha data com certa proximidade, ao conseguir chegar ao hospital, sua médica já não se encontrava mais por conta de uma confusa troca de plantão, tendo que ser atendida por um outro profissional, o que não a deixou satisfeita: “ele me examinou... passou o remédio e me mandou embora” (PN1 - Girassol).

Girassol não foi protagonista isolada da dificuldade de acesso ao pré-natal, PN2 – Hortência, por exemplo, só conseguiu condições para realizar seu pré-natal por conta da intervenção de uma amiga de sua igreja, depois de seis meses tentando. Hortência acusa que sua maior dificuldade foi conseguir médico de alto-risco no posto de saúde, tendo seu acompanhamento sido predominantemente realizado pela enfermeira da unidade, a qual possui competência para assistir apenas pré-natal de risco habitual. Sobre o pré-natal de alto risco, a ausência do profissional apropriado, pode trazer certas consequências para as pacientes e, infelizmente, esta realidade foi constatada na investigação. PN3 – Lavanda, experienciou situação desta natureza:

Foi super complicado. Muito difícil pra mim porque antes eu tava tentando o pré-natal particular, só que alguns médicos não aceitavam por ser gravidez de alto risco e lúpus. Ficavam muito preocupado, no caso eu só tava piorando. Só que aqui no [Hospital] eles não queriam me aceitar, falavam que aqui não tinha vaga, que estava lotado e que não ia ser mais atendida aqui, que só as pacientes que já estavam sendo atendidas que iam continuar no pré-natal. Disseram que não era lá, era aqui. Eu vim e a reumatologista aqui falou que não, que o certo era eu ser acompanhada por aqui. Ela conversou com o pessoal que marca o pré-natal (PN3 – Lavanda).

O depoimento de Lavanda é repleto de elementos que apontam a fragilidade dos serviços de pré-natal oferecidos pela unidade investigada. Talvez, neste caso, a questão que mereça maior atenção, seja o fato da paciente encontrar dificuldade oriunda da relação institucional entre as unidades públicas e privadas, como que se

a prioridade não fosse o bom atendimento à paciente que deve ter os seus direitos constitucionais respeitados.

O fato de Lavanda ter iniciado seu pré-natal em uma unidade privada, gerou, segundo seu depoimento, desconforto por parte dos médicos da unidade pública, campo de investigação. Segundo seu depoimento, junto à alegação da ausência de vaga, os médicos argumentaram que só havia possibilidade de atender pacientes que estavam sendo acompanhados desde o início naquela unidade, e isso implicou na inoperância de atendimento à Lavanda. Assim como Lavanda, PN4 - Orquídea também foi vítima da morosidade no atendimento, assim como outras dificuldades contempladas nos depoimentos de todas as mulheres de pré-natal ouvidas nesta pesquisa. Estes casos caracterizam negligência e violência institucional, como definida por Minayo ⁽¹⁾, mesmo diante de casos de gravidez de alto risco.

Observou-se que as mulheres lançavam mão de certas táticas para conseguir atendimento, mesmo que precário. Na maior parte das vezes, foram mediadas por uma amiga ou alguém que trabalhava ou tinha contatos nesta unidade de saúde. Ainda assim, essas mulheres tinham que superar, às vezes, até os caprichos de ordem profissional e institucional, a exemplo de atendimento que se originou em outra unidade e, por conseguinte, com outro profissional.

Paciente de parto de risco habitual, PRH1 - Amarílis parece não ter encontrado muita dificuldade para ser atendida, pelo menos é o que informa em seu depoimento. Ela saiu às 10:40 horas, sendo conduzida pelo cunhado e ao chegar na unidade se surpreendeu com a entrada na emergência de forma rápida: “assim que a gente chegou... minha cunhada foi pro balcão pra fazer a ficha... e já foi logo entrando... fez a ficha e foi rápido... foi mais fácil...” (PRH1 - Amarílis). Ela afirmou ainda em seu depoimento que já estava em trabalho de parto.

Ao admitir-se surpresa por seu atendimento ter sido rápido, deixa transparecer que na prática esse tipo de assistência demora, causando desconforto às mulheres que procuram o serviço. Ao contrário do que relata Amarílis foi a experiência de PRH2 – Azaléia. Sua saga no processo de atendimento de paciente de alto risco denuncia o mesmo elemento que aparece nas falas das outras mulheres entrevistadas para esta pesquisa: a relação com pessoas que mediam a oportunidade de atendimento, e que parece ser a principal estratégia utilizada pelas mulheres que buscam os serviços da unidade em estudo. Esse tipo de prática, interferência de terceiros para resolver questões de ordem particular, não é estranho à cultura brasileira, já se constituiu como um fenômeno definido pelo antropólogo DaMatta como “navegação social” ou o famoso “jeitinho brasileiro”⁽⁹⁰⁾. Ao tratar das relações sociais no Brasil, DaMatta defendeu ser o “jeitinho” uma forma “profundamente original e brasileira de viver”.⁽⁹⁰⁾

Azaléia informa em seu depoimento que passou uma semana sentindo cólicas e dores nas costas e que se intimidava em ir ao hospital por entender que seria difícil seu atendimento. Quando ela decidiu procurar assistência, o médico, por sua vez, não recomendou sua internação:

Eu entrei na sala do médico, ele fez o toque e disse que eu só tava com dois centímetros de dilatação e que era pra eu voltar pra casa com dois centímetros não internava, só internava a partir do quinto centímetro de dilatação. Fizeram o toque e continuava com dois centímetros de dilatação, eles disseram que não podiam me internar, que lá no hospital só era a partir de quatro centímetros de dilatação, continuava sem médico. Não tava atendendo (PRH2 – Azaléia).

Mesmo com o médico tendo recusado a internação, Azaléia estrategicamente, conseguiu o atendimento pelas vias da mediação protagonizada pela influência de seu pai que havia trabalhado neste hospital anteriormente. Assim, uma enfermeira

conhecida dele facilitou o seu atendimento de forma rápida e não esperada em situações comuns.

Ela conversou com os médicos lá, foi que os médicos aceitou e consegui entrar na meia noite já. Ai eu entrei sem fazer a ficha porque foi por conhecimento, eu esperei até o outro dia de manhã eles aplicarem a medicação na minha veia pra poder facilitar a dilatação, mas foram dois dias esperando até consegui a vaga... (PRH2 – Azaléia).

Mesmo com a referida mediação para o atendimento, Azaléia experimentou dificuldades, desde a portaria até o atendimento médico, ou seja, o acolhimento representa um desafio para os direitos que essas mulheres têm ao pronto atendimento dos serviços que a unidade oferece. Segundo o depoimento de Azaléia, na portaria o segurança informou que “só tá aceitando... tiro e faca... se não for caso de vida ou morte... a gente não tá aceitando ninguém, porque não tem leito... não tem vaga”... (PRH2 – Azaléia). Assim foi a primeira recepção no hospital, caracterizando uma violência institucional como definido para esta pesquisa.⁽¹⁾ O acesso só foi conseguido na segunda tentativa, graças à influência de terceiros.

A questão do envolvimento de terceiros mediando o atendimento nas unidades, é um elemento identificado nos diferentes depoimentos, não apenas entre as pacientes de pré-natal e parto de risco habitual. Foi revelado também no depoimento de pacientes de parto de alto risco, como consta na experiência de PAR1- Bromélia. Como observado anteriormente, questão que pode ser entendida na perspectiva das táticas que as pessoas estabelecem para suprir determinadas faltas geradas na dinâmica da sociedade marcada por desigualdades de oportunidade, como afirmou DaMatta: “num mundo tão profundamente dividido, o ‘jeitinho’ promove uma esperança de tudo juntar numa totalidade harmoniosa e concreta”.⁽⁹⁰⁾

Continua Bromélia, com uma inusitada afirmação: “Deus quem agendou”. Ela ilustrou a dificuldade que teve para agendar o seu pré-natal de parto de alto risco.

Alega que já contava com cinco meses de gravidez e alega que não teve maior dificuldade porque tinha o cartão que utilizou para o pré-natal da gravidez anterior. Em seu depoimento ela afirma que sua cunhada que foi até a unidade hospitalar e teve que se movimentar bastante, ou seja: “ai ela deu de cima, deu de baixo” (PAR1 - Bromélia).

A expressão “deu de cima, deu de baixo”, é uma metáfora para informar que sua cunhada fez todo o possível para conseguir o agendamento, pois se deslocava da zona rural para a sede do município onde se localizava o Hospital. Além do cartão do pré-natal anterior, Bromélia acredita que facilitou também o relatório do seu cardiologista, no qual, segundo ela, constavam informações detalhadas sobre seu quadro clínico e orientava que deveria realizar o parto naquela unidade. Entretanto, ela não deixou de afirmar que conhecer pessoas facilita o processo: “se a pessoa tiver uma boa... comé/ que diz?... um bom conhecimento com as pessoa/ne? que trabalha lá... a dotôra/ com dos dotô/ com as pessoa/ lá dentro mesmo...” (PAR1 - Bromélia). Bromélia segue seu depoimento reforçando a tese da influência de terceiros para um bom atendimento, como nas palavras de DaMatta, a “navegação social”⁽⁹⁰⁾.

Pra mim foi beleza entrar aqui porque me dá uma dor de cabeça, eu vou na dotôra e a mesma dotôra que atende aqui: vem pra cá, um socorre da pressão, outra do açúcar, outra pra diabético, não teve dor de cabeça, a pessoa corre o hospital todo pra conseguir uma vaga. As vezes consegue pra mãe, não consegue pro bebê. As vezes quando consegue pra mãe, o bebê morre! Ai quando você ver na televisão pensa que é mentira, né? Não é mentira não, é verdade mesmo (PAR1- Bromélia).

Em síntese, a relação com pessoas que trabalham no hospital ou façam parte da sua equipe de profissionais facilita um ágil e bom atendimento. Esta compreensão ou constatação é consenso nos depoimentos da maior parte das

pacientes nos diferentes níveis de atenção, tanto no risco habitual como no alto risco.

No pós-parto, as quatro gestantes de risco habitual (PÓS RH1 -Flamboiã, PÓS RH2 - Flor de Anís, PÓS RH3 - Flor de Lis e PÓS RH4 - Flor de Cacto) e as duas de alto risco (PÓS AR1 - Camélia e PÓS AR2 - Calêndula) serão assim denominadas.

Das mulheres de risco habitual, apenas Flor de Cacto admitiu ter encontrado dificuldade, chegando, inclusive, a cogitar a possibilidade de ir para Salvador em busca de atendimento. Afirmou ter encontrado apoio na prima, a qual desempenhou grande esforço para conseguir a vaga: “vir com minha prima, se não fosse ela... a gente nem ia parar aqui... ia ter que ir direto pra Salvador” (PÓS PRH4, Flor de Cacto). Flamboiã admite ter vivido apenas o atraso da ambulância, mas que todo o restante do processo, ocorreu conforme a expectativa. Flor de Anís, também não relatou dificuldade. Já Flor de Lis, comemora não ter ocorrido dificuldade, mas afirma: “...eu cheguei aqui... porque eu já trabalhei aqui, então, eu tenho referência aqui como um dos lugares melhores...” (PÓS PRH3, Flor de Lis), o que, mas uma vez, caracteriza a influência de terceiros no processo de recepção e acolhimento na unidade hospitalar.

Assim como as mulheres de risco habitual, as duas entrevistadas de alto risco alegam não ter encontrado dificuldade no acolhimento. Camélia foi conduzida pelo irmão e admite ter sido bem recepcionada e acolhida no Hospital. Foi atendida rapidamente e manifesta satisfação com o atendimento. Já Calêndula resume sua satisfação afirmando: “não tenho o que falar... pra mim foi ótimo” (PÓS PAR2, Calêndula). Entretanto, reclamou de uma ocorrência considerada por ela um “probleminha”: “como eu cheguei aqui sábado... tava/ com sangramento e fui barrada na portaria, eu tinha autorização para entrar e não pude entrar... fiquei um

pouco chateada... mas depois foi resolvido graças a Deus!” (PÓS PAR2 - Calêndula).

O “probleminha” registrado por Calêndula em seu depoimento, não pode ser considerado como algo menor no contexto do acolhimento, pois a forma como ela diz ter ocorrido, constitui um ato de violência institucional com implicação na ordem da relação interpessoal, pois os servidores da unidade ignoraram a fragilidade física de Calêndula, uma vez que a mesma apresentava hemorragia. O impedimento ignorou, inclusive, que a mesma era portadora da autorização institucional para o atendimento.

As condições de recepção no hospital foram experimentadas por cada uma dessas mulheres de forma bastante peculiar. As dificuldades foram percebidas de acordo com suas visões de mundo, suas percepções de realidade e condições de relações sociais. Entretanto, todas aquelas que identificaram dificuldades no acesso, adotaram procedimentos que correspondem às estratégias impetradas por elas que driblaram tais dificuldades. Entre esses o mais recorrente foi acionar a influência de relações interpessoais, de pessoas que conheciam algum profissional do hospital ou que já haviam trabalhado na respectiva instituição, das quais lançavam mão para viabilizar e agilizar o atendimento. Outro achado nos depoimentos destas mulheres que merece consideração foi o índice de cirurgia cesariana entre as entrevistadas para este item.

Muitas delas informaram que chegaram ao hospital acreditando que seu parto seria natural, mas que a avaliação médica indicava o parto cesariano, alegando, na maior parte das vezes, pouca passagem ou mesmo a falta de contração uterina. Entretanto, pode-se observar nas situações pesquisadas que as mulheres sempre registraram em seus depoimentos ter ocorrido o parto de forma rápida, Essa questão leva à hipótese de que as mulheres tinham as condições reais para o parto natural,

mas ainda assim foram assediadas e/ou coagidas ao parto cesariano, por razões de ordem particular e de conduta da classe médica, o que constitui outra forma de violência que vem sendo investigada ⁽¹⁵⁾⁽³¹⁾⁽⁴¹⁾.

A seguir, analisa-se a experiência das participantes desta pesquisa acerca da assistência que lhes foi fornecida durante a internação e busca-se identificar suas percepções sobre situações de racismo e preconceito racial vividos por elas mesmas ou por outras usuárias do serviço de saúde investigado.

4.3 Dissecando a desigualdade na prática obstétrica: Saúde da mulher e questão racial.

Para esta categoria de análise questionou-se às entrevistadas sobre sua satisfação acerca da estrutura do serviço, a exemplo das condições das salas, leitos, etc., assim como acerca do comportamento da equipe multiprofissional que atuou em sua assistência. A intenção era perscrutar além das condições estruturais de atendimento, a possibilidade de ocorrência que denotasse situações de racismo e preconceito racial na abordagem dos profissionais às pacientes. Optou-se por não fazer a pergunta direta e objetivamente, para que as entrevistadas ficassem à vontade para tratar do questionamento.

As condições estruturais dos serviços foram criticadas pela maior parte das entrevistadas. As mulheres queixaram-se desde a triagem até os equipamentos de uso assistencial, a exemplo das macas e cadeiras nos consultórios e leitos. Girassol, paciente do pré natal, abriu esta relação de queixas: “o difícil é só entrar no hospital mesmo... mas realmente deveria melhorar um pouco a estrutura. No caso da gente que tá/ no pré-natal é a falta de vaga...” (PN1- Girassol). O seu depoimento insinua que um dos principais desafios é conseguir ter acesso ao hospital. Entretanto, sua

queixa não se encerra no acesso e continua por toda a assistência. Girassol questiona ainda que às vezes elas não usufruem de um espaço maior: “às vezes tem mulher que entra ... não tem local suficiente pra aquela quantidade... o espaço que tem aqui é muito pequeno” (PN1 - Girassol).

A otimização desestruturada do espaço parece ressaltar a precariedade dos equipamentos, pois a avaria destes foi registrada repetidas vezes nos depoimentos, como lembrou Lavanda, paciente pré-natal (PN3): “o ambiente... cadeiras... tem a falta das cadeiras... macas... acho que é mais essa questão... na maternidade quando eu fiquei... foi tranquilo... só a maca que era quebrada...”.

Mesmo com bastante constatação da limitada condição estrutural para receber as pacientes e atendê-las com um mínimo de conforto, há depoimentos de pacientes de pré-natal que não registraram qualquer questionamento neste sentido. Hortência (PN2) e Orquídea (PN4), por exemplo, não comentaram nada mais além de registrar suas satisfações com frases de natureza genérica, como “gostei de tudo” (Hortência - PN2). Ainda assim, os questionamentos superam os depoimentos de agrado, permitindo afirmar que a maior parte das usuárias não está satisfeita com a estrutura disponível.

As pacientes de parto com risco habitual mantiveram o padrão de questionamento das usuárias do pré-natal, no tocante às condições de atendimento, tanto humano quanto material. Este foi o caso de Azaléia (PRH2), que afirmou não estar satisfeita com nada:

O tratamento foi horrível, horrível, horrível, as pessoas cada vez menos humanas. Elas não se colocam no lugar da pessoa, não. Já estava com pavor de ir pra lá, quando falaram: não, não tem vaga em lugar nenhum, vai ter que ser aqui. Pra mim foi assustador. No oitavo mês eu estava me sentindo muito mal e os remédios que eles estavam me aplicando era muito forte, porque as dores estavam muito fortes e comecei a enjoar. Eu comi e vomitei. Eu vomitei era meio dia, o quarto ficou sujo até duas horas da tarde e ninguém veio limpar, ninguém tomou providência. Depois de muito tempo minha sogra que estava também lá no dia, insistiu e veio uma pessoa e

limpou, mas reclamando, soltando piada. A mistura nos leitos, uma paciente psiquiátrica na minha sala... porque ficar no quarto de recém-nascido? Tanta confusão se aqui é uma sala pra recém-nascido e para mulheres paridas? Só depois do parto que eu fui pra um quarto e fiquei durante o resto da tarde (Azaléia, PRH2).

Na citação acima, a autora do depoimento lista um conjunto de problemas que ocorreram durante sua internação como paciente de risco habitual. Começa relatando um desconforto emocional pela possibilidade da ausência de vaga, falta de assistência integralizada, ao ponto de ficar tempo mais que tolerável na sujeira causada pelo vômito. Questionou ainda o fato de ter que ficar no mesmo quarto que uma paciente psiquiátrica. Entretanto, a falta de zelo da equipe de higienização com manifestações de ironia, “soltando piadas”, permite supor que algumas delas poderiam ter, inclusive, conteúdos de natureza racial, tendo em vista a experiência das relações sociais e desigualdades raciais nos espaços institucionais, já bastante investigados pelas ciências sociais. Fonseca⁽⁹⁵⁾ por exemplo, adverte que as “piadas”, que tem como alvo os negros, inclusive em espaços institucionais, tem como objetivo rebaixar, inferiorizar, desqualificar e estigmatizar uma situação de pobreza pela qual passa boa parte da população. Estes elementos são bastante representativos dos dados sociodemográficos das participantes da pesquisa aqui desenvolvida.

É bastante ampla a bibliografia da sociologia das relações raciais que tem diagnosticado as facetas do preconceito racial e racismo brasileiros, como já mencionado. Entretanto, vale retomar algumas ponderações para problematizar o elemento racial implícito nos conteúdos dos depoimentos e mesmo, nas insinuações que por ventura os profissionais do hospital tenham dirigido às mulheres negras usuárias da unidade investigada. Essas questões foram enfaticamente problematizadas por López em seu estudo sobre racismo institucional aplicado no campo da saúde.⁽²¹⁾

Os efeitos do racismo velado, inclusive do ponto de vista institucional, manipulam a percepção de suas vítimas. Azaléia, mulher negra, se queixa de piadas que lhes foram dirigidas por ocasião da prestação de um serviço pelo qual ela havia pago enquanto contribuinte. Talvez ela não tenha percebido o aspecto pejorativo de sua condição de mulher negra contido no conteúdo da piada. Assim como Azaléia, todas as entrevistadas tiveram dificuldade de percepção do racismo ou preconceito racial, por isso poucas referências explícitas aparecem nos depoimentos.

Algumas das mulheres entrevistadas admitiram a existência do preconceito racial e do racismo, mas não apontaram nenhuma situação que pudesse caracterizá-lo. Flor de Cacto (PÓS PRH4), por exemplo, tinha dúvida sobre se haveria qualquer situação de racismo e preconceito racial no hospital:

Eu acho que independente de ser negra ou não, temos todos os direitos que os brancos tem. Aconselharia qualquer mulher negra ter seu filho, por que dependendo do lugar, dependendo de onde a gente quiser está, se tiver racismo ainda no mundo, vão sim ter filho normal, vão ser recebidas muito bem em todos os lugares que for (Flor de Cactos – PÓS- PRH4)

Flor de Cacto encorajou as mulheres negras a assumirem suas maternidades, advertindo que as mulheres negras gozam dos mesmos direitos das mulheres brancas. Entretanto, ela não considera as adversidades que emanam das relações raciais vivenciadas, inclusive nos espaços institucionais, e que têm sonogado muitos direitos das mulheres negras.⁽⁹¹⁾ Faz uma interpretação um tanto quanto romântica sobre a equidade racial nos serviços públicos, inclusive de saúde, como se no Brasil existisse uma democracia racial e a questão da cor não implicasse comportamento de reprovação social.

A influência da cor sobre a menor probabilidade do acesso às ações de saúde reprodutiva desaparece quando controlada pela classe social. Na fala desta participante, denota a não percepção do racismo, acreditando que a desigualdade

de acesso aos serviços de saúde está relacionada unicamente à condição de pobreza dispensando a problemática da questão racial. Ela acredita numa democracia racial no Brasil, explicitado na sua fala: “se tiver racismo ainda no mundo”, o que implica ela pensar que a desigualdade de tratamento sugere apenas a questão da classe.

Domingues et al,⁽⁹⁶⁾ salienta que este achado não permite afastar a existência de discriminação racial no acesso aos serviços de saúde reprodutiva, uma vez que o poder aquisitivo, mais do que outras características socioeconômicas estaria captando esta mesma discriminação.

Nos depoimentos das entrevistadas constata-se a invisibilidade e o silêncio sobre essa questão, como já mencionado no Programa de Combate ao Racismo Institucional⁽⁵⁶⁾ e de outras referências específicas da literatura especializada, com as acima citadas.

Ao serem questionadas sobre a presença de negros na equipe que as atendeu, muitas das entrevistadas responderam positivamente. Entretanto, seus depoimentos não acusaram diferenças no atendimento do profissional branco ou negro. Este foi o caso, por exemplo, de Amarílis, paciente com parto de risco habitual (PRH1) que foi atendida por profissionais negros e brancos e afirma ter recebido tratamento igual, inclusive tecendo elogios aos mesmos. Já Bromélia (PAR1), observou que havia poucas negras no atendimento, afirmando que “tinha sim uma morena”.

Flor de Lis, paciente de pós-parto com risco habitual (PÓS- PRH3) mantém a mesma perspectiva de registro da participação tímida de profissionais negros. Afirma que foi atendida por uma técnica de enfermagem negra e ao ser interpelada se ela havia percebido alguma diferença no atendimento por outras profissionais, pelo fato de ser ela uma mulher negra, ela respondeu com uma ênfase, no mínimo curiosa: “por incrível que pareça quem me atendeu foi uma médica branca e eu não senti

nenhuma dificuldade no atendimento por causa da minha cor não... me trataram super bem... “ (Flor de Lis – PÓS-PRH3).

Ao fazer uma afirmação precedida da expressão “por incrível que pareça”, Flor de Lis admite a naturalização do racismo, ou seja, o tratamento comumente dispensado por médicos e médicas brancos para com pacientes negros seria o atendimento grosseiro, indelicado, desatencioso. O fato de ter sido atendida por uma médica branca com atenção cuidadosa e respeitosa surpreendeu de tal forma que Flor de Lis, considerou “incrível”, ou seja, fora do comum.

Outra situação curiosa ocorreu com Amarílis, paciente de parto com risco habitual (PRH1), que não observou diferença de tratamento entre médicos, enfermeiros e ou técnicos brancos e negros nesta unidade, mas fez questão de registrar que já havia sofrido preconceito racial em outra unidade:

(...) tive a minha filha que eu fui no outro hospital... pelo fato de eu ser negra eu... ou pelo fato de que me atendeu ser uma pessoa ignorante mesmo... né?... eu achei que ela foi muito antiprofissional... Há cinco anos atrás e... pra mim foi muito desumano... foi horrível... não gostei! (Amarílis - PRH1).

Provavelmente esse era um sentimento que Amarílis carregava pelos últimos cinco anos e a oportunidade que ela teve de desabafar foi durante seu depoimento, por mais que sua tormentosa experiência tivesse ocorrido em outro local que não no ambiente selecionado como campo para esta investigação. Esse dado é importante, pois dá a dimensão de que estas mulheres estão expostas às práticas do racismo e preconceito racial em qualquer serviço de saúde. Tal mazela social acomete essas mulheres em seu cotidiano ⁽⁵¹⁾. Foi exatamente por isto que Flor de Lis considerou “incrível” ser bem atendida por uma médica branca.

Entretanto, vale ressaltar, que as mulheres também registraram de forma elogiosa o atendimento realizado por profissionais negros. Esse foi o caso de Flor de

Cacto, paciente do pós-parto com risco habitual. Seu depoimento mostrou satisfação com o atendimento de uma enfermeira negra do Centro Obstétrico do hospital: “foi uma moça que ela tava/ a todo o momento do meu lado, ali... fazendo as coisas... dando banho na criança... tipo... me arrumou toda quando eu fui entrar em trabalho de parto... ela que tava/ do meu lado” (Flor de Cacto - PÓS PRH4). Fez questão de afirmar que se sentiu completamente assistida pela enfermeira negra, experiência também foi vivenciada por outras mulheres, mas timidamente relatado em seus depoimentos. Observa-se a dificuldade que essas mulheres ainda encontram em tratar dessa questão e esse não é um problema apenas deste grupo.

Estudos sobre a invisibilidade ou a negação das relações raciais discriminatórias e preconceituosas no Brasil, tais como os de Werneck (2012)⁹², Cruz (2013)⁹³ e López (2012)²¹ têm apontado esse comportamento da sociedade brasileira em diferentes períodos da nossa história (desde a década de 1970) ⁽⁹¹⁾. Desta forma, a discriminação racial, fruto do racismo e do preconceito se camufla nas relações sociais, dificultando a sua percepção, inclusive pelas próprias vítimas. A discriminação racial se manifesta nas expressões do dia a dia no universo do trabalho, da família, na esfera social e na intimidade. Acontece como etiqueta social, em regra implícita de convivência. Enfim, no Brasil, cor combina com prestígio e com lugar social e, apesar de silenciosa, tem galgado sucesso em sua aplicação⁽⁸⁸⁾. Estas questões podem ser observadas nos depoimentos que seguem:

(...) pelo o que eu presenciei aqui... eu acho que tanto sendo negra... ou sendo branca... eu acho que a ter os mesmo cuidados... eu acho que os mesmo cuidados que com as outras pessoas tem... tem com a gente também... apesar que a gente é negra... mas acho que é esse cuidaram também... Porque tem lugares que realmente tem essa diferença... porque um é mais claro que o outro... um tem mais cuidado com o branco do que com o negro... mas aqui pelo o que eu vi... eu não achei isso não... eu não achei diferença em momento nenhum... em momento nenhum eu achei isso não... (Flor de Cacto - PÓS PRH4).

(...) eu não passei... nunca passei... mas minha irmã já passou... minha outra irmã já passou... por isso entendeu?... não foi lá [no hospital]... mas já passou... e que nem eu vi lá... uma moça lá também... era da pele bem morena também... que tava/ lá desde cedo gemendo de dor ... gritando... também que não tinha passage/ ela chamava por Deus... mas não tinha... já tinha dois... mas não tinha passage/ pra ter... já tinha dois... todo dois foi cesário/...

(..) eu acho que, no meu caso, se ela fosse branca e tivesse dinheiro a coisa mudava... né?... porque não ia deixar ela enfrentar quando eu tava/ lá no corredor/ subindo e descendo... e eu pedindo a Deus pra ela controlar para ela não vir pro meu quarto... onde eu tava/ minha cama já tava/ perto da porta... mas a mulé/ subia e descia com o robe na cabeça... subia e descia... subia e descia... eu nem sei que hora foi ter... só Deus sabe... (Azaléia - PAR1).

(...) a dotôra/ ela é branca... pelo contrário... desde quando eu comecei a fazer meu acompanhamento aqui... eu nunca notei nenhuma diferença por ela ser branca... olhos claros... cabelo liso... como eu tô/ te dizendo ela parece uma boneca... até hoje mesmo eu mostrei ela a meu esposo... eu falei ôh... vem ver a médica que fez meu parto... que foi minha médica... então... pra mim comparação de cor não voga... o que voga pra mim é coração... isso é bom... porque assim... não adiante você ser branca dos olhos verdes e querer... porque tem uma pessoa mais escura que você... isso pra mim sempre... e minha família tem negro... minha mãe a parte que a gente tem mais moreno... meu pai é mais moreno ainda que o pessoal chamava ele de... “o que negão preto” (frase exclamativa)... comé/ que pode as filha tudo de cabelo encaracolado meio liso e o pai preto... sempre teve o preconceito assim de muita gente... o povo falava comé/ que pode o nego preto feio desse tem as filhas tudo clara... tudo de cabelo liso encaracolado... esse negócio de cor pra mim... eu não tenho... (Calêndula - PÓS PAR2).

Os trechos dos depoimentos acima resumem, de forma estratégica, as principais questões identificadas nas experiências investigadas nesta pesquisa acerca das questões raciais e saúde.

Ao questionar sobre o atendimento de profissionais negros e brancos, Flor de Cacto diz acreditar que a questão racial não teve implicação na forma de abordagem profissional. Entretanto, seus argumentos denunciam, involuntariamente, a baixa autoestima entre as mulheres negras no campo das relações inter-raciais denotado na expressão “apesar” para se referir à sua condição racial. Ao ser interpelada sobre essa expressão ela apresenta outra compreensão acerca das relações raciais acusando que em outros hospitais o tratamento é diferenciado. Talvez Calêndula

tenha omitido o que ela mesma presenciou na unidade investigada e por algum motivo preservou o hospital que ela estava internada. É também dessa forma que Azaléia se comporta ao responder à pesquisadora, como registrado no depoimento acima.

Azaléia afirma nunca ter passado por constrangimento, mas admite que sua irmã sim e também preserva o hospital em questão. Ao ser questionada se sua irmã fosse branca ela teria um tratamento diferenciado, respondeu positivamente e problematizou alegando que se além de branca ela tivesse dinheiro não teria sofrido tamanho descaso. Azaléia parece entender aquilo que sociologicamente já foi comprovado: a pobreza tem cor e condição financeira no Brasil, nas palavras de Oracy Nogueira⁽⁸⁹⁾

A perspectiva ideológica do branqueamento tem sido um dos grandes desafios da sociedade brasileira, pois as formas que o racismo e o preconceito racial ganharam têm ofuscado a percepção do mesmo especialmente por parte das possíveis vítimas. A pouca denúncia e acusação em espaços da vida social, como no hospital em questão, estão relacionadas principalmente à capacidade de percepção da discriminação racial na relação cotidiana, o que se pode observar em diferentes depoimentos aqui trabalhados e explicitamente representados no trecho do depoimento de Calêndula.

Calêndula não apenas elogia e nega qualquer diferença no tratamento pelo fato da sua médica ser branca, ela chega a descrever o fenótipo com uma enfática apreciação de suas características físicas como cabelo, olhos e cor de pele. Ela desloca o foco e vai discutir o problema de como a família entende as classificações raciais no interior da mesma. Quanto à médica branca ela se limita em rasgar elogios sobre o seu fenótipo, não atentando para responder ao questionamento da pesquisadora. Por outro lado, Amarílis, paciente de parto de risco habitual (PRH1),

lembrou uma experiência no mesmo hospital: "... quando eu tive minha primeira filha... eu vi médicas dizerem assim... ainda mais vocês negras... vocês mulheres negras... você pode/ parir igual a cachorro que vocês dá conta... eu achei isso muito agressivo... muito desumano..." (Amarílis - PRH1).

Esse depoimento, de forma clara e contundente, denuncia o preconceito racial explícito e indica que a entrevistada acredita que esse tipo de violência pode acontecer no hospital, tendo sido uma experiência vivenciada por ela no parto anterior. Portanto, observou-se nesta investigação que as relações raciais, camufladas ou não, são percebidas por essas mulheres em maior ou menos grau, nos diferentes momentos do período gravídico-puerperal, tendo sido expressas nas diferentes formas de violências sofridas e, algumas vezes, narradas por elas.

4.4 - Percepções de violências no ciclo gravídico puerperal.

Imagine-se a sensação de quem, no gozo de seus plenos direitos sociais e políticos, ao solicitar uma orientação ao profissional de saúde de uma determinada instituição, tem como resposta um punhado de grosserias? Isso ocorreu com muitas das mulheres participantes dessa pesquisa, que guardaram consigo tais lembranças até o dia em que tiveram a oportunidade de relatar tais situações em entrevista para este estudo. Delas emanaram diferentes formas de violência advindas dos comportamentos "arrogantes" de médicos, enfermeiros, técnicos e outros membros da comunidade hospitalar aqui investigada.

Ao questionar essas mulheres se sofreram algum dano ou prejuízo de natureza física ou psicológica causado pelo atendimento inadequado por parte dos profissionais, e qual foi a sua reação, as respostas trouxeram experiências inusitadas. Algumas delas pareciam ter tanta necessidade de desabafar que fizeram relatos de fatos que ocorreram em outra unidade e período, os quais serão

explorados aqui de forma pontual e retórica, procurando precisar as vivências na unidade investigada. Este foi o caso, por exemplo, de Hortência, paciente de pré-natal (PN2) que relatou que durante uma consulta de pré-natal em outro estabelecimento ao tentar esclarecer uma dúvida com a médica, a mesma agiu com tamanha grosseria que a paciente voltou para casa com uma sensação ruim: “cheguei um pouco chateada, já passando mal” (Hortência PN2), e acrescentou que não se sentia disposta, nem com ânimo suficiente para voltar à consulta com a mesma médica.

Já Amarílis, paciente de parto com risco habitual (PRH1), queixou-se de uma médica que praticamente zombou de suas dores por causa da pouca passagem para o parto. Esse caso ocorreu na unidade investigada, mas em um parto anterior. Entretanto, ele está repleto de questões bastante interessantes do ponto de vista da violência obstétrica^{(39), (44) (63)} objeto desta pesquisa.

Foi horrível né? Com a médica, porque a enfermeira realmente pediu que ela desse o corte e ela disse que não ia cortar... e que botasse toda força que eu tivesse e... que eu me virasse pra poder parir e que ela tava/ sentada somente esperando... ai como eu já tava/ mesmo desfalecendo e... a enfermeira disse que sairia da sala e deixaria ela só comigo... ai ela resolveu dar um corte...(Amarílis – PRH1)

À primeira leitura, do trecho acima se tem a impressão de que a médica teria a intenção de estimular um parto natural, ao se recusar a fazer o solicitado corte (epsiotomia). Entretanto, a forma com a qual ela se refere à sua paciente no ato do parto sugerindo que “botasse toda força” pra poder parir e que ela ficaria sentada esperando, descarta toda e qualquer possibilidade de uma assistência de qualidade e respeito, revelando uma das faces da violência obstétrica.

O comportamento da médica pareceu fugir de tal forma ao padrão apropriado de procedimento que surpreendeu a própria enfermeira, levando-a ameaçar se retirar da sala de parto. Inclusive, as queixas em relação às médicas são mais

acentuadas do que em relação às enfermeiras. Para essas últimas, na maior parte das vezes, independentemente de sua cor, são registrados elogios.

Azaléia, paciente de parto com risco habitual (PRH2), ao criticar a atuação da equipe do hospital, excetua a enfermeira considerada por ela como a única que lhe havia tratado bem. Por mais que Azaléia informasse que esta enfermeira era amiga do seu pai, fez questão de registrar que se tratava de uma excelente profissional: “eu não sei se por conta do conhecimento do meu pai... ou por que ela é uma profissional dedicada ao que ela fazia...” (Azaléia – PRH2).

As queixas sobre uma melhor assistência por parte da classe médica são recorrentes nos depoimentos das mulheres. Girassol, paciente de pré-natal (PNAR1), registrou sua insatisfação com o procedimento médico, ao se queixar de uma inflamação da glândula de Bartholin, em suas trinta e quatro semanas de gestação.

Desde semana passada, a medicação que ele passou não diminuiu em nada, só controla pra que não cresça, mas o remédio que ele passou pra dor não faz efeito nenhum. Então praticamente mais de sentindo dor. O fato de está gestante pra ele não faz diferença nenhuma, então no caso eu achei que ele fez o descaso. Não que ele disse que se eu quisesse fazer o parto eu podia ter o parto que não ia ter problema nenhum (Girassol – PN1).

Girassol questionou o medicamento que o médico prescreveu, pois não estaria resolvendo seu problema. Mas, sua principal queixa se assenta sobre a pouca assistência que o médico havia lhe dispensado. Alega ainda que ele não se importou com sua condição de gestante há mais de trinta semanas. O médico se recusou a fazer a drenagem da glândula que tanto lhe incomodava, sugerindo que fizesse com sua médica, a qual só poderia lhe atender na semana seguinte: “você procure sua médica que ela vai fazer... então praticamente oito dias... você tem que ficar com a dor porque você teve no médico e ele não quis se envolver naquele problema que você tava/ no momento...” (Girassol – PN1).

A postura deste médico se recusando a fazer um procedimento em Girassol, pelo fato de ser ela paciente obstétrica de outro profissional, caracteriza-se como negligência médica, o que constitui violência obstétrica, como abordado em D'Oliveira, Diniz e Schraiber ⁽⁴⁴⁾.

A negligência ou descaso com os pacientes não é uma prática restrita aos médicos e médicas da unidade. Nas entrevistas também foram relatadas formas de negligência por parte dos profissionais técnicos, a exemplo do que ocorreu com Lavanda, paciente de pré-natal (PN3), que sofreu abusos por parte do técnico de radiologia do hospital. Ele ignorou a orientação da médica para proteger adequadamente o feto de Lavanda, com os coletes de proteção radiológica, disponíveis para esse fim.

Ao procurar o técnico, Lavanda informou a recomendação da sua médica e ele retrucou sugerindo que não precisava, por conta do tempo de gestação. Quando Lavanda insistiu, alegando a recomendação da médica, o técnico retrucou novamente, sendo desta vez, enfático e agressivo: “óh... deixa eu lhe falar uma coisa... seu bebê não é nada.., ele ainda não nasceu... ele é a mesma coisa que lixo” (Lavanda - PN3).

Fragilizada física e emocionalmente, esta mulher não esboçou qualquer reação à agressão sofrida: “eu olhei assim pra cara dele e não tive reação pra responder nada” (Lavanda - PN3). O fato de Lavanda ter questionado o técnico da radiologia provocou mais agressões. Mesmo depois de ter dito para a gestante que seu feto não passava de um “lixo”, ele não atendeu a solicitação da médica adequadamente, pois ao invés de realizar dois raios X, fez apenas um descumprindo a orientação da médica.

Observa-se com o caso de Lavanda, que as formas de violência no hospital pesquisado são inúmeras e agenciadas por profissionais dos diferentes setores do

serviço. Contudo, nem sempre os casos são denunciados às autoridades competentes por conta, na maior parte das vezes, da fragilidade física e emocional das vítimas como foi o caso de Lavanda. Ela teve juntamente com sua mãe a intenção de denunciar o técnico de radiografia, entretanto as circunstâncias nas quais o caso ocorreu não foram favoráveis, já que Lavanda se encontrava bastante fragilizada e sua mãe tinha como prioridade o acompanhamento da filha no interior do hospital.

Outros profissionais que também foram citados nos depoimentos como agentes das violências, foram os estagiários. Azaléia, paciente de parto com risco habitual, fez um intenso e extenso relato do drama que vivenciou durante o seu trabalho de parto assistido pelas estudantes que se encontravam no hospital para cumprir o componente curricular de estágio supervisionado. Ela intitulou sua experiência como horrível.

Como mais sintomático das violências experimentadas por ela destaca-se uma situação que iniciou no consultório médico. É exatamente nesse espaço que Azaléia entra em trabalho de parto.

Eu fiquei a manhã toda ali e assim tinha cinco estagiários sentados na sala conversando... brincando... contando da vida deles lá... das festas e tal... e eu tava/ sem assistência nenhuma...e aí... quando eu cheguei na sala de parto que eu fiquei com minha mãe... foi que me deu alívio... que eu não tava/ sozinha... ali pelo menos eu tava/ com minha mãe... só que as contrações começaram muito fortes... só que eu não tinha absolutamente força nenhuma pra continuar... por conta das dores que eu tava/ sentindo eu tava de cama desde o oitavo mês de gestação... então eu tava realmente sem força nenhuma pra continuar aquilo ali...(Azaléia – PRH2)

Deixada sozinha na sala durante toda uma manhã, sob a observação apenas de estagiárias, sem a presença de um acompanhante e sentindo bastante dor, ela não se considerava assistida pela equipe médica e ainda tinha que suportar o comportamento inapropriado das estagiárias que a ignoravam e se entretinham

conversando sobre assuntos particulares. Essa situação constitui uma violência institucional, tendo em vista a negligência por parte do hospital em relação ao direito da paciente de usufruir dos benefícios da Lei 11.108, de 07 de abril de 2005, que lhe garante a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS.

Azaléia alega que se sentiu um pouco mais aliviada quando foi para a sala de pré-parto e ficou na companhia de sua mãe. Ainda assim, afirmou que estava muito fraca para continuar o processo do parto, devido à sua condição de saúde, pois é portadora de *Lupus Eritematoso Sistêmico*.

Ao perceber que Azaléia não estava mais agüentando, sua mãe munida de preocupação procurou a equipe para buscar esclarecimentos sobre o tempo que ainda poderia durar a espera, quando uma das estagiárias lhe orientou: "... pode ficar tranqüila que daqui a pouco começa a sair"... e aí quando começar a sair... a gente vai saber... (Azaléia – PRH2).

Ambas continuaram na espera com o agitado incomodo da parturiente pelas dores que sentia, quando entrou na sala de parto outra "estagiária" que se dirigiu a Azaléia com a seguinte observação: "você tá dando esse escândalo todo por que? Porque tá vendo mamãe? Pode ficar tranqüila que essa dor que você tá sentindo... não é nem a metade que você vai sentir quando a criança começar a sair"... (Azaléia - PRH2). Essa situação registra ao mesmo tempo a violência moral, verbal, psicológica e institucional, que costuma ocorrer com estas mulheres, tendo como autores os profissionais de saúde, que em conjunto constituem a violência obstétrica. Nesse caso, se expressou por meio de uma estagiária cuja fala, ao invés de confortar a paciente que sente a dor do parto, faz ameaças, anunciando uma dor ainda maior, o que, certamente, agrava a situação psicológica da paciente.

O comportamento dessa equipe de profissionais tem sido um dos principais destaques no que se refere à violência física e psicológica sofridas por estas mulheres no ato do parto, como observou Cruz em seu estudo sobre sexualidade, saúde e violência contra mulheres negras, em outra região⁽¹³⁾. A autora conseguiu articular as formas de violência com a assistência de enfermagem problematizando a questão cor e classe social, advertindo inclusive sobre questões também percebidas aqui, a partir de depoimentos como o de Azaléia.

Além do descaso e zombaria com a dor que as mulheres sentem, causada pelas contrações naturais do processo de parto, há ainda a dor provocada pelas intervenções desnecessárias, como no ato da episiotomia para facilitar a passagem do feto. É, ainda, Azaléia, quem relata sua dolorosa experiência sobre essa questão:

(...) me cortaram pra passar o ombro que não tava/ passando e ainda fez o corte errado... porque meu ponto inflamou... depois que minha mãe foi limpar e foi ver, ela falou: 'o corte tá/ errado... eles cortaram demais... cortaram até lá embaixo, até onde não era pra eles cortar, eles cortaram' ... porque não tinha mais o que fazer... o parto já tava/ acontecendo... e aí foi uma providência de Deus assim... que deu força a minha mãe pra aguentar tudo aquilo... e que me sustentou, porque força mesmo, eu não tinha.... (Azaléia – PRH2).

Para facilitar a passagem de um membro do feto, a médica entendeu que havia a necessidade da episiotomia, procedimento questionado por Azaléia e sua mãe, principalmente por identificarem que o corte ocorreu inadequadamente. A parturiente questiona ainda que a médica, após ter feito a episiotomia, não prescreveu medicamento algum para amenizar a dor: “cortaram a mais... e ainda depois era pra ter passado algum remédio... alguma coisa assim pros pontos... e... não passaram...” (Azaléia – PRH2).

No pós parto Azaléia contou com o acompanhamento e a assistência de sua mãe, técnica de enfermagem, e do pai, farmacêutico, tendo se automedicado para

suportar a dor. Agredida, cortada e sem assistência, finalizou seu depoimento com as seguintes palavras: “eu que me virasse”.

Ao serem questionadas sobre os cuidados íntimos realizados e se houve constrangimentos ou prejuízo à saúde, a maior parte das entrevistadas não registrou nenhuma queixa a cerca desta questão, com exceção de Azaléia, a qual em seu depoimento pode-se observar a sugestão de ocorrência de tais atos com outras mulheres, pelo menos esta é uma dedução possível de ser considerada em termos de problematização dos elementos que compõem seu depoimento de Azaléia. Outro elemento que não apareceu na entrevista foi qualquer informação que pudesse sugerir a prática de violência sexual.

4.5 “Como um filme de terror”: Olhares da mulher negra sobre o ciclo gravídico-puerperal.

Nas seções anteriores procurou-se explorar nos depoimentos as experiências das mulheres sobre as condições de acesso e assistência com destaque para situações e comportamentos preconceituosos e racistas da equipe multiprofissional, assim como outras formas de violência durante o atendimento. A maior parte dos relatos, embora timidamente, mostrou queixas importantes e polêmicas que, de alguma forma, expõem o hospital e sua equipe como agentes de diversas formas de violência, tais como definidas por Minayo⁽¹⁾, como: violência institucional, violência estrutural, violência interpessoal, violência intrafamiliar, cultural, de gênero e racial. Parta o material aqui analisado vale a observação de Minayo sobre a problemática da violência, a qual é considerada pela autora, para além de um problema intelectual, a violência constitui-se como uma questão sócio-política que altera materialmente os serviços de saúde, tanto do ponto de vista do custo, quanto de sua organização.

Observou-se, ainda, que diferente das entrevistas realizadas no hospital, as que foram feitas fora desse espaço, ou seja, na residência das participantes, trouxeram depoimentos mais detalhados sobre a experiência do parto, externando insatisfações e queixas que não foram mencionadas entre as entrevistadas no interior do hospital.

Esta situação revela a dinâmica das relações de poder configuradas no âmbito institucional. Na unidade hospitalar, as mulheres se sentiam intimidadas em manifestar livremente sua opinião e/ou avaliação acerca da atuação da equipe e da instituição. No entanto, no espaço de suas residências elas se sentiam mais confiantes e livres para manifestar, fora do controle institucional, sua experiência de parturição, denunciando o desrespeito, as adversidades e as atrocidades cometidas sob a forma de violência obstétrica de natureza física, psicológica e racial.

As entrevistadas, em suas residências, foram questionadas sobre como seria a assistência ao parto de mulheres negras, e suas respostas foram as mais esclarecedoras sobre os bastidores do parto no hospital investigado. Existem casos em que as violências sofridas por estas mulheres são tão acentuadas que perdem o desejo de engravidar novamente. Isso foi o que aconteceu com Azaléia, paciente de parto de risco habitual (PRH2). Por mais que ela não associe a péssima assistência recebida com o fato de ser uma mulher negra, não deixou de criticar a atuação da equipe na assistência ao seu parto, considerando-a uma experiência horrível. Sua única experiência positiva é existência de sua filha, nascida desse tumultuado parto que prefere esquecer: “a alegria de ter minha filha, fora isso eu não tenho nenhuma outra alegria pra dizer, não eu não vou ter gosto de lembrar do meu parto” (Azaléia - PRH2).

O sentimento de Azaléia não se refere ao parto em si, mas também à assistência recebida, ao que realiza uma dura avaliação. Ao ser questionada sobre o que pensa a respeito das mulheres negras em parturição, Azaléia não mediu palavras para desabafar:

De início, a primeira coisa que eu tô/ dizendo pra todo mundo é que eu não quero parir mais... eu não pretendo mais ter filho de maneira nenhuma, por conta de tudo que foi. Não só o parto, mas durante toda gravidez. Minha gravidez não foi assistida de perto, pelo fato de ter sido pra pra eu ter sido encaminhada pro pré-natal de alto risco e eu não fui encaminhada. O parto foi todo aquele filme de terror, tudo que você não quer sentir durante o parto e eu não sei explicar como foi minha experiência, eu não sei dizer assim com palavras certas como foi (Azaléia - PRH2).

No depoimento acima, Azaléia admite veementemente que não tem mais interesse em ter filhos e atribui essa desmotivação, ao que ocorreu. Avalia a conduta médica, questionando que deveria ter sido encaminhada para o pré-natal de alto risco e não de risco habitual. Por fim, Azaléia define sua experiência com o parto como “um filme de terror”.

Obviamente que esta decisão de Azaléia de não ter mais filhos poderia advir independentemente da terrível experiência vivida naquele parto. Entretanto, não se pode negar o dano emocional que tal situação tenha lhe causado. Como seu depoimento foi coletado em sua residência, ambiente que lhe permitia total liberdade de manifestação, ela não poupou uma ácida avaliação ao ponto de admitir que não houve nada que merecesse qualquer elogio: “só sei dizer que foi horrível... que foi ruim... não foi diferente de experiências que eu ouvi de pessoas muito próximas de mim...” (Azaléia - PRH2).

Sua fala aponta ainda que o seu caso não é isolado. Ao contrário, ouviu muitas outras histórias de violências durante o parto. Não ficou claro em seu depoimento se estas “pessoas muito próximas” estariam internadas no mesmo hospital e se estes

casos tinham ocorrido concomitante ao período em que esteve nesse serviço. Entretanto, outras mulheres participantes desta pesquisa fizeram importantes relatos sobre suas percepções acerca da experiência com o parto e estas experiências extrapolam fronteiras, pois os pesquisadores têm feito achados interessantes neste sentido. Observe-se o que trás o trabalho de Domingues *et al*⁽⁹⁶⁾:

As falas denunciam não apenas atitudes discriminatórias, mas, também, a precariedade dos serviços de saúde. Essa situação fragiliza o vínculo com profissionais e instituições de saúde e dificulta, e até mesmo impede, o acesso das mulheres aos serviços de saúde, confirmando que 'as representações de usuárias podem influenciar na busca de cuidados'. Tais aspectos resultam, entre outros indicadores, nas altas taxas de mortalidade materna, sendo válido destacar que esta é mais alta entre as mulheres negras, e na insatisfação com o cuidado recebido.

Atitudes discriminatórias e precariedade dos serviços de saúde, denunciadas nas falas das participantes da pesquisa desenvolvida pelos autores citados, também foi a tônica dos depoimentos que aqui foi coletado, como observado na fala de Azaléia e não apenas dela. Bromélia, parto de alto risco (PAR1), fez também instigantes observações sobre o que pensava em relação à mulher negra parturiente em sua cidade.

É, ficou um pouco difícil viu? Fica um pouco difícil porque a gente sofre, sofre muito. A pessoa negra é muito pisada, humilhada. Os brancos não! Os brancos se servem de qualquer coisa e negra? Olha assim, parece que ta com nojo! É como estou dizendo, a mulher negra sofre muito! É humilhada, é olhada de lado, maltratada, principalmente aqui. Não tem um hospital pra atender o povo, tudo que precisa tem que ir pra outro lugar (Bromélia – PAR1).

Bromélia desabafa sobre a desigualdade de tratamento dispensado para mulheres negras e brancas na cidade em que vive, localizada na microrregião onde o hospital investigado está instalado. Suas palavras transparecem, para além de mera observação, a vivência de discriminação, humilhação e maus tratos sofridos pelas mulheres negras, e parecem revelar experiências vivenciadas por ela própria.

Ela não fala de outra mulher, mas sim de si mesma. Ela fala ainda de uma discriminação estrutural, ou seja, da dificuldade que as mulheres negras têm para acessar os serviços básicos de saúde, precisando se deslocar para outra localidade, o que implica em despesas financeiras que nem sempre podem ter.

As percepções dessas mulheres traduzem, segundo observações de Domingues *et al*⁽⁹⁶⁾, desigualdades no atendimento em saúde revelando uma qualidade inferior no cuidado recebido pelas mulheres negras. O tratamento desigual pode gerar, dentre outros aspectos, insatisfação com o atendimento, retardo no diagnóstico e tratamento de patologias e, conseqüentemente, aumenta a vulnerabilidade das mulheres negras a vários agravos de saúde, principalmente aos fetos e recém nascidos⁽⁹⁶⁾.

Bromélia não apenas fez críticas à estrutura disponível para que as mulheres negras acessassem os serviços, ela também fez sugestões bastante propositivas de como deseja mudanças que deseja:

Precisaria mudar, a gente chegar no hospital que tem maternidade, mas não tem médico. Diz que tem médico, mas não tem médico. Então, não faz parto, se a mulher for parir aí, morre! Aqui não tem nada, só tem estagiário... pra matar!

Eu queria assim, tenho tanta vontade que aqui mudasse e que tivesse igual as outras cidades. Tem hospital que a gente vai e é atendido bem, o que a gente queria aqui não tem aqui, é tudo atrasado! Aqui não tem uma sala de fazer toque, aqui não tem nada! Só os médicos mesmo, os médicos brocos. Você pede requisição e ele dá, você chega na maternidade tem que tá morrendo pra você entrar (Bromélia – PAR1).

Nos trechos acima, Bromélia teceu críticas e manifestou desejo de mudança, sugerindo os tipos de serviços que desejava para sua cidade, a qual fica a aproximadamente 30 km de distância da cidade onde se localiza o hospital em que ela realizou o parto, campo desta investigação. Entretanto, ao se deslocar de sua

cidade de origem, onde alega que não tem nada, para buscar uma melhor estrutura para realizar seu parto, outros desafios aguardavam-na e a outras mulheres negras residentes no município que sedia o hospital ou na microrregião da qual muitas usuárias se originam.

O olhar de Bromélia sobre os serviços de obstetrícia dispensados para as mulheres negras problematizaram uma série de aspectos, embora não tenham tratado de forma específica sobre racismo e preconceito racial, talvez por não ter vivenciado particularmente. Sobre essa questão, Amarílis (PRH1), paciente de parto com risco habitual, denuncia situações específicas, nas quais a discriminação racial se caracterizou.

Amarílis fez um depoimento extenso e de grande lucidez política sempre advertindo a condição de mulher negra na parturição. Ao admitir que a cor da pele implica na forma de tratamento recebido na unidade de saúde, conforme já discutido anteriormente, ela questionou também a falta de honestidade nas informações compartilhadas pelos médicos.

Após a médica ter comentado que “negro pare como cachorro”, caso discutido anteriormente, Amarílis indagou à médica se ela já havia dado a luz e se foi cesárea, e a médica não foi menos agressiva na resposta:

(...) Ela disse: 'tem seis meses que eu pari' Eu falei assim: e você pariu normal foi? 'não que eu não sou idiota de parir normal'. Até a gente vê na televisão mesmo, eles chegarem e falar que o parto normal é muito melhor que um parto cesárea. Pra uma profissional, uma pessoa que diz ser médica, tá ali pra falar isso pra pessoa muito doloroso (Amarílis - PRH 1).

Ao responder a Amarílis que não pariu normal porque não era idiota, a médica não apenas se mostrou agressiva, cometendo uma violência verbal e/ou psicológica, tendo em vista que a paciente defendia o parto normal, mas também cometeu uma transgressão ética, pois seu comentário foi tendencioso, induzindo a paciente a

optar pelo parto cesáreo. O que a médica talvez não esperasse era que Amarílis estivesse fazendo uma competente leitura de tudo que ela dizia, e ao final de seu depoimento deixa um sensato recado:

(...) se uma equipe trabalhasse com amor, se colocando assim na posição do outro... Porque imagine assim... o que você quer que os outros façam com você, você faz com ele. Se eu quero que você me atenda bem, eu também posso lhe atender bem. Se eu lhe ofereço meu melhor, você pode também me oferecer o seu melhor. Aí seria muito bom (Amarílis - PRH 1).

Assim como Amarílis, todas as outras mulheres negras participantes desta pesquisa teriam, a partir de suas experiências, condições de avaliar o desempenho das equipes lhes atenderam no hospital pesquisado. Neste capítulo, procurou-se capturar das falas dessas mulheres negras, suas impressões e compreensão sobre as formas com as quais as mesmas experienciaram as adversidades do ciclo gravídico-puerperal, com ênfase nas diferentes formas de violência obstétrica. E muito aqui foi dito pela voz da experiência dessas mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa apontou a violência contra mulheres como alvo dos cuidados em saúde. O conhecimento da vida dessas mulheres negras nos possibilita aprofundar a reflexão sobre a violência obstétrica objeto desta pesquisa. Assim como, demonstra o cotidiano de múltiplas formas de violência a que as mulheres estão submersas, a saber, violência física, psicológica, racial, institucional, obstétrica, simbólica, sexual entre outras. A problemática da violência obstétrica tem uma grande relevância para a sociedade, visto que compromete a saúde das mulheres, criança e conseqüentemente a família.

O resultado da investigação revelou as situações de (des) cuidado, descaso assim como um cuidado fragmentado na assistência à saúde das mulheres negras. As participantes da pesquisa também denunciaram momentos de solidão e abandono. As percepções de violências e as estratégias para “driblar” o (des) cuidado foram apontadas por elas e traduzem desigualdades no atendimento em saúde revelando uma qualidade inferior no cuidado recebido por essas mulheres negras.

Domingues ⁽⁹⁶⁾ corrobora com esse achado, pois afirma que o tratamento desigual pode gerar, dentre outros aspectos, insatisfação com o atendimento, retardo no diagnóstico e tratamento de patologias e, conseqüentemente, aumenta a vulnerabilidade das mulheres negras a vários agravos de saúde.

As desigualdades de gênero e raça/cor também foram assinaladas na investigação. Representam elementos estruturantes da desigualdade social brasileira. Não há, nesta afirmação, qualquer novidade ou qualquer conteúdo que já não tenha sido insistentemente evidenciado pela sociedade civil organizada e, em especial, pelo movimento negro, feminista e de mulheres, ao longo das últimas décadas.⁽¹⁰⁰⁾ O racismo secularmente praticado contra a população negra afeta a

garantia de acesso aos serviços públicos de saúde, é fator estruturante na desumanização da atenção prestada a este contingente populacional na saúde.⁽¹⁰¹⁾

Os Resultados foram obtidos a partir de análises de categorias, pode-se considerar que houve dificuldades em perceber casos de violência na assistência recebida pelas mulheres participantes da pesquisa. Dentre esta constatação nota-se ainda que a situação de violências naturalizada foi apresentada a partir do cuidado relatado e de uma assistência deficitária, na qual elas conseguiram observar formas de violências, sem conceituá-las, porém não relataram violências por conta da questão racial. Apenas duas das participantes (Amarílis e Azaléia) tiveram uma reflexão mais política acerca da violência obstétrica e da questão racial. Embora algumas mulheres teriam negado a existência de discriminação racial no atendimento, fica denotativo nas falas que a mulher negra recebe um tratamento desigual.

Desta forma, o resultado da pesquisa revela as experiências de mulheres negras que estão expostas a violências obstétricas, entretanto elas não percebem, em sua maioria, a questão racial como marcador de violências institucionais, por não entenderem a sua condição de mulher negra no ciclo. Considera-se que ainda há muito que mudar na assistência a saúde da mulher na Bahia e no Brasil, no tocante ao que normatiza as Boas práticas de atenção ao parto e nascimento preconizado pelo SUS.

Essa dissertação tem a expectativa que aqui não se esgota o tema da violência obstétrica, mas fomenta a produção do conhecimento sobre ela e problematiza a experiência de mulheres negras neste campo de abordagem. Espera-se que este trabalho constitua uma contribuição para o debate e criação de pauta para o desenvolvimento de políticas públicas para a saúde das mulheres negras na Bahia e no Brasil.

REFERÊNCIAS

- 1 Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal à saúde. In: Njaine, Kathie (Org) [et al]. 2 ed. Rio de Janeiro - RJ: Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ; 2009.
- 2 Krug, EG. (Org). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2012.
3. OMS. Informe Mundial sobre Violência e Saúde. Organização Mundial da Saúde; 2002.
4. PNUD Relatório do Desenvolvimento Humano. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>. [Acesso em: 08/09/2014]. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 1999.
5. Gomes, RA. mulher em situação de violência sob a ótica da saúde. In: Minayo, Maria Cecília de Souza et al. (Orgs). Violência sob o olhar da saúde: Infrapolítica da contemporaneidade brasileira. 2ed. Rio de Janeiro- RJ: Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.
6. Brasil. O Poder judiciário da Aplicação da Lei Maria da Penha: O que é violência contra a mulher? Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça - Poder judiciário; 2013.
7. Brasil MS. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência Brasília - DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2009.
8. D'Oliveira AF, Aguiar MJ. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2001 Jan/mar; V,15(n.36): p. p.79-91.
9. D'Oliveira AFPL, Diniz CSG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. Lancet. 2002; v.359: p. p.1681-5.
10. Unicef. Acompanhando o progresso na saúde materna, neonatal e sobrevivência infantil. O relatório de 2008. New York- NY: The United Nations Children's Fund (UNICEF); 2008.
11. Sedgh G. *et al*. O aborto induzido: as taxas estimadas e as tendências mundiais. Lancet. 2007; 370: p. 1338– 1345.
12. Agende. Ações em Gênero e Cidadania e Desenvolvimento - 10 anos da adoção da Convenção interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Brasília - DF: 2004.

13. Cruz ICF. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. Em. Esc. Enferm. 2004 Dez; 38: p. 448-57.
14. OMS. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Organização Mundial da Saúde. 2011.
15. Botti ML. Violência institucional e a assistência às mulheres no parto. In: Colóquio nacional de estudos de gênero e história – Lhag. Anais. In.; 2013. p. 649.
16. Brasil MS. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero : construindo políticas públicas. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília; 2003.
17. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Gênero e as políticas de história. 1989. Columbia University Press.
18. Gomes R, Minayo MCS, Silva CFR. Violência contra mulher: Uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Souza, E R. Minayo, M. C. S. (Org.). et al. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Ministério da Saúde Brasília - DF: Fiocruz; 2005.
19. Ciello C, Carvalho C, Kondo C, Delage D, Niy D, Werner L, et al. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor” Parto do Princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. 2012.
20. Leal MC, Gama SGN. (Org) *et al.* Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Suplemento 2014.
21. López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface. Comunicação saúde educação. 2012 jan./mar; v.16 n.40: p. p.121-34.
22. Brasil MS. CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem. Identificação e abordagem do Racismo Institucional. 2013
23. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. Em. Saúde Pública 2005: p. 100-107.
24. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. In: Leal MC; Gama SGN. Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2014; 30: p. 85-100.
25. Dalberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 11: p. 1163-1178.
26. Brasil MS. Política Nacional de redução da mortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da União. 2001.

27. Teles MA, Melo M. O que é violência contra mulher São Paulo: Brasiliense; 2012.
28. Minayo, MCS. A violência dramatiza causas. In: Maria Cecília de Souza Minayo [et al]. Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. 2003.
29. Chauí M, Cardoso R, Paoli MC. Perspectivas antropológicas da Mulher. 1st ed. Rio de Janeiro: ZAHAR; 1984.
30. Deslandes SF. Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios Cruz FO, editor. Rio de Janeiro: TESE apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Departamento de Ciências Sociais; 2000.
31. Schraiber LB; D' Oliveira, AFLP. Violence against women: interfaces with Health care. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 1999; 3.
32. Arendt H. Sobre a violência Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2009.
33. Foucault M. O sujeito e o poder. In: RABINOW P, DREYFUS HL, FOUCAULT M, Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-49.
34. Foucault M. Microfísica do poder Rio de Janeiro: Graal; 2007.
35. Bourdieu P. O poder simbólico. 8th ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasi; 2005.
36. Scott J. Gender: a useful category of historical analyses. New York; 1989.
37. Hotimsky SN. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. Tese (doutorado) em Medicina Preventiva São Paulo: Brasil: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.
38. Brasil MS. Manual do Programa de humanização do parto, humanização do pré-natal e nascimento. Brasília; 2000.
39. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Em Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum. 2009; p. 313-326.
40. Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10: p. 615-26.
41. Aguiar JM, D'oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2013; 29: p. 2287-96.
42. D'Gregorio P. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2010; 111: p. 201-2.

43. Schraiber LB. O médico e suas interfaces: a crise dos vínculos de confiança São Paulo: Hucitec; 2008.
44. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*. 2002; 359: p. p.1681-5.
45. Diniz S. A violência contra as mulheres como questão de saúde no Brasil. IN: Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980- 2005) alcança limites. , 2006; 310p. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. 2006; p. 310.
46. Silva CS. Experiência do adoecimento de mulheres e homem com doença falciforme em comunidades negras rurais: Dissertação de Mestrado- escola de enfermagem UFBA Salvador; 2013.
47. Kalckmann S; Santos CG; Batista LE, Cruz MV. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS. *Saúde Soc*. 2007; 16: p. 146-155.
48. Brasil MS. Raça e Etnias em Saúde. Disponível in: <http://www.saude.gov.br/bvs> [citado em 20/01/16]. 2013
49. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2005 set-out;; p. 1595-1601.
50. López, L.C. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012.
51. Nascimento E, Oliveira J, Barral F, Rodrigues Q, Santos C, Domingues PL. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. *Texto Contexto Enferm*. 2013 abr-jun: p. 285-92.
52. Brasil MS. Seminário Nacional de Saúde da População Negra. 2004..
53. OMS. Salud y ausencia de discriminación. Ginebra:,.Documento de la OMS para la Conferencia Mundial Contra el Racismo, La Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia; 2001.
54. Brasil. Guia de enfrentamento do Racismo Institucional - SEPPIR; 2013.
55. Silva JA. A promoção a igualdade racial em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional. In In: JACCOUD L. A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos vinte anos. Brasília: Ipea; 2009.
56. Brasil. CRI. Articulação para o combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do Racismo Institucional. 2006..
57. Jaccoud L. Racismo e República: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In Theodoro M, (Org). As políticas públicas e as

desigualdades raciais no Brasil 120 anos após a abolição. Brasília: IPEA; 2008. p. 49-68.

58. Monteiro MCS. Desafios da inclusão da temática étnico-racial na educação permanente em saúde. Saúde da população negra. In Batista LE, Wernek J, Lopes F. Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debate. Brasília: ABPN; 2012.

59. Brasil MS. Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha: "Boas práticas de atenção ao parto e nascimento". In. Brasília - BF; 2011.

60. Brasil MS. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher Brasília; 2001.

61. Barros F, Victora C, et a. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982,1993. Lancet. 2004;; p. 847-854.

62. Costello A, Osrin D. Epidemiological transition, medicalisation of childbirth, and neonatal mortality:three Brazilian birth-cohorts. The Lancet 365 (9462). 2005;; p. 825-826.

63. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc. saúde coletiva. 2005,; 10(3): p. 627-637.

64. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência. Ciência e Saúde coletiva. 2005;; p. 669-705.

65. Brasil MS. Humanização do parto e do nascimento Brasília; 2014.

66. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14th ed. São paulo: Hucitec; 2014.

67. Minayo MCS. MINAYO, Maria (org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade Rio de Janeiro: Vozes; 1993.

68. Brasil IBGE. Censo demográfico; 2010.

69. Brasil MS. Gestaçao de alto risco: manual técnico. 5th ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.

70. Caldeyro -Barcia RA. Frecuencia cardíaca y equilibrio acido base del feto. Centro Latinoamericanode Perinatologia y Desarrollo Humano. 1973. Publicación científica del CLAP.

71. Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos.In: Minayo MCS; Assis SG; Souza ER. 20th ed. Rio de janeiro: Fiocruz; 2005.

72. Schwartz M, Schwartz CG. Problems in Participant Observation. American Journal of Sociology. 1955: p. 343-53.

73. Deslandes SF. Trabalho de campo: Construção de dados qualitativos e quantitativos. IN: Minayo, M C S; Assis, S G Souza, E R. Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais Rio de Janeiro - RJ: Fiocruz; 2005.
74. Malinowski B. Objeto, método e alcance desta pesquisa. Desvelando máscaras sociais. Rio de Janeiro - RJ: Francisco Alves; 1975.
75. Bardin L. Análise de conteúdo. 70th ed. Lisboa; 1979.
76. Berelson B. Análisis de contenido em investigación sobre comunicación Nueva York: Free Press.; 1952.
77. Brasil MS. Resolução 466. Conselho Nacional de Saúde: Trata de pesquisas em seres humanos. ; 2012.
78. Saúde. MS. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência /, Secretaria de Atenção à Saúde DdAB–B, Saúde Md, editores.
79. Njaine K, Assis SG, Constantino P, (Orgs). Impactos da violência na Saúde. 2nd ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.
80. Ciconello, AO desafio de eliminar o racismo no Brasil: a nova institucionalidade no combate à desigualdade racial. From Poverty to Power: How Active Citizens and effective States Can Change the World, Oxfam Internacional 2008 - www.fp2p.org acessado em: 12/03/2016
81. 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. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.36 p.
82. Piovesan, A. Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Exploratory research: a methodological procedure applied to the study of human factors in the field of public health. Rev. Saúde Pública, 29. 318-25, 1995
83. Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
84. Pereira, C.; Torres, ARR; Almeida, STA. Um Estudo do Preconceito na Perspectiva das Representações Sociais: Análise da Influência de um Discurso Justificador da Discriminação no Preconceito Racial. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2003, 16(1), p. 95-107.
85. Brasil. MS. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Disponível em www.mapadaviolencia.org.br, acessado em 14/03/16.
86. Brasil. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 2012.

87. Gomes R. *et al.* Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. IN: Minayo, MCS (Org.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz 2005.

88. Schwarcz, L.M. Nem preto, nem branco, muito pelo contrário. Cor e raça na sociabilidade Brasileira. São Paulo: Claro enigma. 1 ed. 2012.

89. Nogueira, O. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem. Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 19, n. 1, 2006.

90. DaMata, RO que faz o brasil, Brasil?. 3ª edição. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.

91. Filho; AMS. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In: Saúde da população negra. Batista. L.E; Werneck J.; Lopes, F. (orgs.). 2. ed. rev. e ampl., 1. reimpr. -- Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de pesquisadores Negros, 2012.

92. Werneck, J. (org) Mulheres Negras: um Olhar sobre as Lutas Sociais e as Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro, Criola, 2010.

93. Cruz. IS O pensamento das mulheres negras no Brasil na obra O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe. Monografia de graduação em História. Santo Antonio de Jesus- Ba. UNEB, 2013.

94. Guimarães, ASA. Preconceito racial: modos, temas e tempo. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2012.

95. Fonseca, DJ. Você conhece aquela?: a piada, o riso e o racismo à brasileira. São Paulo: Selo Negro, 2012.

96. Domingues, PML *et al.* Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013.

97. Souza ECF *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.

98. Brasil. IBGE. Produto Interno Bruto dos Municípios. 2014.

99. Brasil, MS. Geração de Alto Risco / Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. _ Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

100. Retrato das desigualdades de gênero e raça / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ... [et al.]. - 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011. 39 p.

101. Müller, TMP (Org.) Saúde da População Negra Coleção Negras e Negros: pesquisas e Debates. 2º edição



Apêndice - A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Mulheres negras vítimas de violência: estudo sobre violência obstétrica em um hospital público de Feira de Santana - Bahia.

Instituto Fernandes Figueiras – FIOCRUZ

Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança, Mulher e Adolescente.

Linha de Pesquisa: Violência e Saúde

Título: MULHERES NEGRAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: ESTUDO SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FEIRA DE SANTANA - BAHIA.

Nós, Edinilsa Ramos de Souza (Pesquisadora responsável) e Ellen Hilda Souza de Alcântara Oliveira (pesquisadora co-responsável) aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente do Instituto Fernandes Figueiras – Fiocruz Rio de Janeiro-RJ, convidamos você a participar da pesquisa intitulada **Mulheres Negras Vítimas de Violência: “Estudo sobre Violência Obstétrica em um hospital público de Feira de Santana - Bahia”** cujo objetivo geral é investigar a violência obstétrica experienciada por mulheres negras em um serviço de saúde no interior da Bahia e como objetivos específicos identificar os tipos de violências vividas pelas mulheres no ciclo gravídico puerperal e descrever as situações em que estas violências foram experienciadas.

Caso você concorde em participar você assinará este termo respeitando a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que preconiza a ética em pesquisas científicas. Você participará de uma entrevista e caso permita, as suas respostas serão registradas em um gravador, onde poderá ouvir a gravação e terá liberdade para modificar alguma informação dada, ou até retirar algum item da entrevista.

Em seguida essas entrevistas serão transcritas e armazenadas em um CD e arquivadas em um de banco de dados na instituição. Você terá direito de livre acesso a todo conteúdo de sua entrevista. Será garantido o sigilo das informações

reveladas, sendo utilizadas apenas nesta pesquisa e divulgado em publicações científicas: revistas, congressos, seminários, mas em nenhum momento você será identificada, ou seja, o seu nome não será divulgado e vamos respeitar sua privacidade. Terá ampla possibilidade de negar-se a responder a qualquer questão ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social; terá opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum outro documento oficial, o que será prontamente atendido; e de desistir a qualquer tempo, de participar da entrevista. As pesquisadoras e entrevistadas não serão remuneradas pela participação nesse estudo.

A participação nesta pesquisa poderá lhe trazer desconfortos emocionais, no que tange a lembranças vivenciadas, porém, para reduzir esse risco, nós iremos lhe encaminhar para o núcleo de psicologia hospitalar caso necessite. Dada à natureza da pesquisa, ao método adotado, não está previsto nenhum tipo de pagamento e você também não terá nenhuma despesa. As despesas com a pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora colaboradora.

Os benefícios desta pesquisa serão: a contribuição para uma melhor compreensão sobre violência obstétrica em maternidades no cenário nacional e seu impacto na história de vida e saúde de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS); a ampliação do debate sobre as políticas das boas práticas da humanização do parto, nascimento e puerpério; a investigação da estatística da violência obstétrica no município. Sendo assim, a discussão desta temática nas unidades de saúde será ampliado para reestruturar programas de atenção à mulher na rede pesquisada, com fins de dirimir este tipo de violência.

É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Você poderá entrar em contato com a pesquisadora co-responsável pelo telefone 021 (21) 2554-1730. Se concordar em participar, você assinará duas vias deste termo, ficando uma com você e outra idêntica conosco. Ressaltamos que ao término da pesquisa será encaminhado uma cópia do trabalho final para o hospital para que você possa ver ou ler quando tiver interesse. Os resultados da pesquisa também serão apresentados em reunião com a equipe de saúde.

“Declaro estar ciente das informações constantes neste ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação na Entrevista. Fico ciente também que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com a

pesquisadora/aluna do Mestrado em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente do IFF- Fiocruz – RJ responsável por esse Estudo”.

Desde já agradecemos sua colaboração.

Rio de Janeiro, _____/_____/_____.

Impre
ssão digital

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

Assinatura da Pesquisadora (Co) responsável: Ellen Hilda Souza de Alcântara
Oliveira

Email negraellen@yahoo.com.br cepiff@iff.fiocruz.br

Telefones: 021 (21) 2554-1730/fax: 2552-8491.

TCLE Versão 01

Rubrica Paciente

Rubrica da Pesquisadora



Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ
 Instituto Fernandes Figueiras/IFF
 Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança, Mulher e do Adolescente.

Apêndice - B ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

PESQUISA “MULHERES NEGRAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: ESTUDO SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FEIRA DE SANTANA - BAHIA”

Nº _____

Data da entrevista: _____

Ciclo da Gestação
 Pré – Natal
 []
 Parto []
 Puerpério []
]

Nível do Risco
 Alto Risco []

Risco Habitual []

BLOCO 1 - DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE DA PARTICIPANTE

Nome (iniciais)		Idade (em anos)
Naturalidade:		Município de Residência:
Raça/Cor: Preta [] Parda [] Cor auto declarada []		
Estado Civil: Solteira [] Casada [] União estável [] Separada/divorciada [] Viúva [] Outro []		
Religião: Católica [] Protestante [] Espírita [] Sem religião [] Outra []		
Escolaridade: Não alfabetizada [] Alfabetizada [] Ensino fundamental incompleto [] Ensino fundamental completo [] Ensino médio incompleto [] Ensino médio completo [] Ensino superior incompleto [] Ensino superior completo [] Curso de Pós Graduação []		
Renda Familiar mensal (em Reais) _____		
* Benefício Social: Sim [] Qual? _____		Não: []
Ocupação Laboral:		
Histórico de doença:	Antecedentes familiares de doenças:	
Composição Familiar:		
Números de gestações anteriores: _____		
Números de partos anteriores por tipo: Normal [] Cesariano []		

Quantos filhos vivos: _____

Número de aborto(s): _____

Complicação em gravidez anterior: Sim [] Não []

Complicação em gravidez atual: Sim [] Não []

BLOCO 2 - ACESSO, ACOMPANHAMENTO E ACOLHIMENTO.

- Gostaria que me falasse como foi para você chegar a esse serviço (Investigar se teve alguma dificuldade e com o que? Ou se foi fácil e o que facilitou?)
- Gostaria que me falasse sobre sua satisfação ou insatisfação com:
 - A estrutura deste serviço de saúde (salas, leitos, etc);
 - A equipe multiprofissional que lhe atendeu (investigar o cuidado recebido, se algum médico/enfermeiro negro a atendeu)
- Em algum momento você percebeu que a cor da sua pele influenciou no acesso, acolhimento e no atendimento que recebeu neste serviço de saúde? De que modo?

BLOCO 3 - MANIFESTAÇÕES DAS VIOLÊNCIAS

- Durante o seu atendimento neste serviço de saúde houve algum cuidado ou procedimento que possa ter lhe causado algum dano físico como: lesões, traumas, feridas, dores, incapacidades, etc.? (Investigar: Como foi? Que categoria profissional? Como se sentiu? Como reagiu?)
- Durante o seu atendimento neste serviço de saúde houve algum comentário verbal ou comportamento gestual agressivo que lhe incomodou? (Investigar: Como foi? De que categoria profissional? Como se sentiu? Como reagiu?)
- Gostaria que você me falasse se nos cuidados íntimos realizados, você se sentiu de alguma forma constrangida/prejudicada. (Investigar: Como foi? De que categoria profissional? Como se sentiu? Como reagiu?)
- Em algum momento/procedimento você se sentiu pouco assistida durante o atendimento neste serviço de saúde? Você considera que isso tem alguma relação com a cor da sua pele? Ou seja, com o fato de ser uma mulher negra? (Investigar: Como foi? De que categoria profissional? Como sentiu? Como reagiu?).



Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ
 Instituto Fernandes Figueiras/IFF
 Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança, Mulher e do Adolescente.

Apêndice – C DESCRIÇÃO DAS PARTICIPANTES

(Dados Sociodemográficos e de Saúde)

PRÉ-NATAL ALTO RISCO

PN 1 GIRASSOL 32 anos, natural de Petrolina e residente em Feira de Santana, cor parda; Cor declarada negra, casada, protestante; ensino médio incompleto; possui renda mensal familiar 1.500,00 e não possui benefício social; ocupação laboral de vendedoras de roupas. Tem histórico pessoal de doença HAS e antecedentes familiares HAS (pai e mãe). Composição familiar: 02 gestações, 01 parto cesariano, 01 filho vivo, nenhum aborto. (G2 P1 A1). Teve complicação na gravidez anterior (pré-eclampsia) e na gravidez atual (Bartolinite).

PN 2 HORTÊNCIA 40 anos, natural de Pau – Brasil e residente em Feira de Santana, Cor parda, Cor declarada: Negra; Casada, Protestante; Ensino médio incompleto; possui renda familiar de mais ou menos 1.000,00, não recebe benefício social, não possui ocupação laboral. Tem histórico pessoal de doença a Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e Arritmia Cardíaca e histórico familiar de HAS e Diabetes mãe e pai respectivamente. A composição familiar: 02 gestações; 01 parto normal, 01 filho vivo, nenhum aborto (G2 P1 A0). Não teve complicação na gravidez anterior; teve complicação na gravidez atual (arritmia, dispneia, acompanhada pelo cardiologista, faz uso de anti-arrítmico) Iniciou o Pré-natal de alto Risco com 6 meses.

PN 3 LAVANDA 21 anos, natural e residente de Feira de Santana, Cor parda e Também declarada; Casada; Protestante; Ensino superior completo; Possui renda familiar de 1600,00 e não recebe Benefício social. Possui ocupação laboral de estagiária. Tem Histórico pessoal de doença a Lúpus eritematoso sistêmico e histórico familiar de HAS (avô) Primeira gravidez, nenhum aborto (G1 P0 A0). Teve complicação na gravidez atual (secundário ao Lúpus) *Iniciou o pré –natal com 6 meses de gestação, pois pelo diagnóstico nenhum profissional medico obstetra queria lhe assistir.*

PN4 ORQUÍDEA 31 Anos, natural e residente em Feira de Santana- Ba, cor parda, Cor declarada: morena; Casada; Católica; Ensino médio completo. Renda Familiar +/- 400,00; Benefício social (+) 01 Bolsa Família de +/- 124,00; Não possui ocupação laboral; tem histórico pessoal de doença a Hipertensão Arterial Sistêmica

– HAS e histórico familiar de doença: Diabetes e HAS (mãe, tia e vó). Na composição familiar: teve 03 gestações - 01 filho vivo de parto cesariano e 01 aborto - complicação na gravidez anterior (G3 P1 A1).

PARTO DE RISCO HABITUAL

PRH 1 AMARÍLIS 37 anos, natural de Feira de Santana e reside no Distrito de Humildes-FSA, Cor preta, Cor declarada negra; casada, protestante, Ensino médio incompleto; Renda familiar mensal 900,00, não recebe benefício social (já recebeu por 11 meses); Não possui ocupação laboral, faz plantio para uso. Não tem histórico pessoal de doença; tem antecedentes familiares de HAS (mãe); Composição familiar: 04 gestações, 04 partos, 01 óbito fetal (acrânia) 3 parto normais, e 01 cesáreo; nenhum aborto (G4 P4 A0 NM1). Teve complicação em gravidez anterior (óbito fetal por acrânia) e não teve complicação na gravidez atual.

PRH 2 AZALÉIA 19 anos, natural e residente em Feira de Santana, Cor parda e Cor declarada parda, Casada; protestante, ensino médio incompleto; possui renda mensal familiar de 800,00; não recebe benefício social; possui ocupação laboral como recepcionista de salão. Tem histórico pessoal de doença Artrite Reumatoide e não tem antecedentes familiares de doença. Composição familiar: 01 gestação, 01 filho vivo, nenhum aborto (G1 P1 A0). Na gravidez teve Infecção Urinária e dores articulares por conta da artrite.

PARTO DE ALTO RISCO

PAR 1 BROMÉLIA 37 anos, natural e residente da cidade de Conceição da Feira- Bahia; Cor parda, Cor declarada morena; mora junto; Católica; Alfabetizada; possui Renda familiar de 700,00, Recebe 01 Bolsa família; não possui Atividade laboral alem das atividades de casa (sic). Tem Histórico pessoal de doença como Glaucoma, cardipatia, e HAS, fez cirurgia cardíaca há 10 anos, faz uso de anti-hipertensivo e antia-ritimo. Composição familiar: 02 gestações, 02 filhos vivos, 02 partos cesarianos, nenhum aborto (G2 P2 A0); Não teve complicações nas duas gravidezes, pois já fazia uso das medicações para o histórico de doença supracitada.

PÓS PARTO DE RISCO HABITUAL

PÓS PRH 1 FLAMBOIÃ 21 anos, natural e residente de Rui Barbosa; cor parda e Cor declarada parda; Solteira, Católica; Ensino médio incompleto; Possui Renda familiar mensal de 300,00 e recebe Benefício social – Bolsa família. Ocupação Laboral: Estudante; Não tem histórico pessoal e nem familiar de doenças. Composição Familiar: 01 gestação, 01 filho vivo, 01 parto cesariano, nenhum aborto (G1 P1 A0); Não teve complicação na gravidez.

PÓS PRH 2 FLOR DE ANIS 25 anos, natural e residente em Feira de Santana, Cor preta; Cor declarada: refere não saber; Casada; protestante; Ensino médio completo; possui Renda familiar mensal de 1 salário mínimo; Não recebe benefício social; Possui ocupação laboral como Operadora de caixa; não tem Histórico de doença mas, possui antecedente familiar de Diabetes mellitus (irmão) Composição familiar: 01 gestação, 01 filho vivo, nenhum aborto 01 parto cesariano (G1 P1 A0). Não teve complicações na gravidez. *Pariu de parto cesáreo, pois refere não ter passagem.*

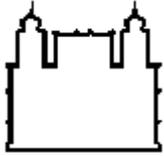
PÓS PRH 3 Flor de Lis 31 anos, natural e residente em Feira de Santana, Cor parda, Cor declarada negra; Solteira, não tem Religião, Ensino médio completo, Possui Renda Familiar de 1 salário e recebe Benefício social de Bolsa família, tem ocupação laboral de manicure; não tem Histórico pessoal e nem familiar de doenças. Composição Familiar: 04 gestações 3 filhos vivos, 3 partos cesarianos 01 gravidez ectópica – complicação na gravidez anterior (G4 P3 A1). Não teve complicação na gravidez atual.

PÓS PRH 4 FLOR DE CACTO 19 anos, natural e residente da cidade de Governador mangabeira, Cor preta e Cor declarada negra, Solteira, Protestante, Ensino médio incompleto, Não possui Renda familiar mensal, recebe Benefício social – 02 bolsa família, onde moram 06 pessoas na residência. Não possui Ocupação laboral, nem histórico pessoal e familiares de doença. Composição familiar: 02 gestações, 01 filho vivo, 01 parto normal, 01 aborto há 2 anos (G2 P1 A1). Teve complicações na gravidez anterior e não teve na gravidez atual.

PÓS PARTO DE ALTO RISCO

PÓS PAR 1 CAMÉLIA 34 anos, natural e residente de Feira de Santana – Bahia; Cor preta, Cor declarada negra; Casada; Protestante, Ensino fundamental completo; Possui Renda familiar mensal de 1.000,00; Não recebe Benefício social; tem Ocupação laboral como Diarista e Artesã. Não tem histórico pessoal de doença e tem antecedentes familiares de HAS (mãe). 04 gestações ; 03 partos normais e 01 cesariano, 04 filhos vivos (G4 P4 A0); Não teve complicações nas gravidez anterior e na atual teve parto prematuro 33 semanas (gemelar).

PÓS PAR 2 CALÊNDULA 38 anos, natural e residente de Feira de Santana, Cor parda, Cor declarada morena; Casada; Católica, ensino médio incompleto; renda familiar de 2 salários mínimos, Não recebe benefício social; possui ocupação laboral no comércio. Tem histórico pessoal de doença Has; e antecedentes familiares pai e mãe diabetes e Has respectivamente. Composição familiar: 3 gestações; 02 filhos vivos, nenhum aborto, 01 Natimorto: Teve complicação na gravidez anterior – pré eclampsia; (G3 P3 A0); Não teve complicação na gravidez atual.



Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ
 Instituto Fernandes Figueiras/IFF
 Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança, Mulher e do Adolescente.

Apêndice D – Matriz de Análise

MULHERES NEGRAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ESTUDO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FEIRA DE SANTANA - BAHIA.
OBJETIVO GERAL: Investigar a violência obstétrica experienciada por mulheres negras em um serviço de saúde no interior da Bahia.

BLOCO 2 - ACESSO, ACOMPANHAMENTO E ACOLHIMENTO.							
PERGUNTAS	ENTREVISTADAS	PRE - NATAL	PARTO		PÓS-PARTO		Análise Contextualizada e Triangulada dos dados.
		ALTO RISCO	RISCO HABITUAL	ALTO RISCO	ALTO RISCO	RISCO HABITUAL	
	1.						
	2.						
	3.						
	4.						
	5.						
	6.						
	7.						
	8.						
	9.						
	10.						
	11.						
	12.						
	13.						



Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ
Instituto Fernandes Figueiras/IFF
Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança, Mulher
e do Adolescente.

Anexo A – Ofício do Núcleo de Psicologia do HGCA

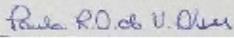


GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do estado da Bahia – SESAB
Hospital Geral Clériston Andrade- HGCA

Feira de Santana – BA, 20 de junho de 2016.

O Setor de Psicologia Hospitalar do HGCA, concorda em atuar, caso necessário, no suporte emocional às participantes da pesquisa intitulada: **Mulheres negras vítimas de violência obstétrica: Estudo em um município do interior da Bahia**, vinculada ao Programa de Pós-graduação *Strito Sensu* do Instituto Fernandes Figueiras/IFF – FIOCRUZ/RJ, a ser realizada pelas pesquisadoras Dra. Edinilsa Ramos de Souza e Ellen Hilda Souza de Alcântara Oliveira.

Atenciosamente,

 CRP 03/00857
Paula Rúbia Oliveira do Vale
Coordenadora do serviço de Psicologia - HGCA



Pesquisa: Mulheres negras vítimas de violência obstétrica: estudo em um hospital público de Feira de Santana - Bahia.
Instituto Fernandes Figueiras – FIOCRUZ

Anexo B – Ofício de autorização para o campo de pesquisa



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB
HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE – HGCA

HGCA Ofício Nº. 1591/2016

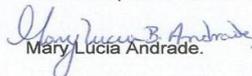
Feira de Santana, 03 de Março de 2016.

Ilm^ª. Prof^ª.
Dra. Edinilza Ramos de Souza.

Considerando a importância das atividades acadêmicas de todas as áreas de Saúde, e ser de interesse desta instituição incentivar estudos cujos objetos estão centrados na realidade, concordamos com o desenvolvimento do estudo **INTITULADO: MULHERES NEGRAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ESTUDO EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA**, a ser realizado pela pesquisadora: Ellen Hilda Souza de Alcântara Oliveira, desde que apresente à Direção Médica desta Unidade a autorização do CEP da Instituição de ensino, sob vossa orientação. Trata-se de um estudo de cunho qualitativo, exploratório, no qual realizará uma análise da violência obstétrica perpetrada às mulheres negras que receberam assistência no ciclo gravídico puerperal em uma unidade hospitalar estadual de um município do interior da Bahia. O estudo será desenvolvido no ambiente Materno Infantil do Hospital Geral Clériston Andrade, a saber, o Ambulatório pré-natal, o Centro Obstétrico, e o Ambulatório puerpérico. Os sujeitos da pesquisa serão mulheres que estão no ciclo gravídico puerperal. Como critério de inclusão serão consideradas as mulheres com idade entre dezoito a quarenta e cinco anos; nesse sentido será utilizada como técnica de pesquisa a Entrevista semi-estruturada individual e a Observação participante.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ocorrer mediante parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa, em atendimento Resolução 466/2012 que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, e agendamento prévio com o Coordenador da unidade, de modo a evitar a sobrecarga de pessoas respeitando a rotina de cuidados na unidade. Solicitamos que se assegure o sigilo de informações que envolvam os usuários, profissionais e as práticas assistenciais desenvolvidas nesta Instituição e, que ao final de sua pesquisa o (a) autor (a) deposite cópia de **Relatório na Biblioteca local**.

Sem mais para o momento subscrevemo-nos.


Mary Lúcia Andrade.

Coordenação CEPER/NUPED