

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
GERENCIA REGIONAL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM
SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ÉLIKA NAUANNA HENRIQUE SANTOS

**ESTUDO QUALITATIVO DA NARRATIVA DE MÃES NEGRAS
QUE PARIRAM NO SUS EM CEILÂNDIA – DF.**

BRASÍLIA

2019

ÉLIKA NAUANNA HENRIQUE SANTOS

**ESTUDO QUALITATIVO DA NARRATIVA DE MÃES NEGRAS
QUE PARIRAM NO SUS EM CEILÂNDIA – DF.**

Produção técnico-científica aplicada
como trabalho de conclusão do terceiro
Curso de Especialização em Saúde
Coletiva da Fiocruz Brasília.

Orientador: Felipe Medeiros Pereira

BRASÍLIA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237e

Santos, Élika Nauanna Henrique.

Estudo qualitativo da narrativa de mães negras que pariram no SUS em Ceilândia-DF / Élika Nauanna Henrique Santos. – 2019. 45 f.

Orientador: Felipe Medeiros Pereira.

Trabalho de conclusão de curso (especialização) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Gerência Regional de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas de Saúde, Curso de Especialização em Saúde Coletiva, 2019.

1.Desigualdade racial em saúde. 2.Racismo. 3.Violência obstétrica. 4.Sistema Único de Saúde. I.Título.

CDU 343.6-055.2

Bibliotecário responsável:

Jônathas Rafael Camacho Teixeira dos Santos (CRB-1/2951)

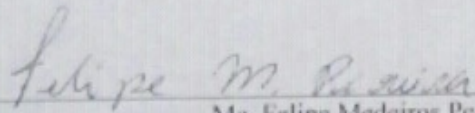
Élika Nauanna Henrique Santos

**Estudo qualitativo da narrativa de mães negras que pariram no SUS em
Ceilândia – DF**

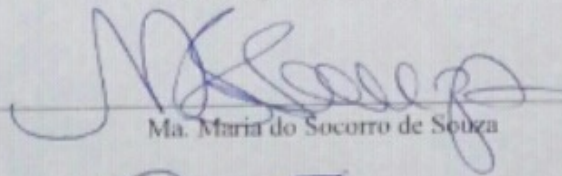
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentada à Escola Fiocruz de Governo
como requisito parcial para obtenção do
Título de Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em 24/10/2019.

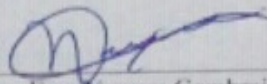
BANCA EXAMINADORA



Me. Felipe Medeiros Pereira



Ma. Maria do Socorro de Souza



Esp. Nayana Cambraia Viana Oliveira

AGRADECIMENTO

Existem poucos lugares dos quais me sinto parte e sem dúvidas a Fiocruz Brasília é um deles. Um lugar que transborda amorosidade e ensina humanização. Um lugar de acolhimento, independente de qualquer coisa, e onde as opiniões são ouvidas e respeitadas. Um lugar seguro. Por isso, gostaria de agradecer do fundo do meu coração a Fiocruz, por ter proporcionado tanto aprendizado. Pela equipe de docentes que trabalharam com tanto afínco para nos transmitir informações valiosas, as quais vão além nosso desempenho profissional, mas, também, para nosso desempenho como indivíduos. Agradecer, também, a Turma 3 do CESC que transformou essa caminha em algo mais leve e divertido, mesmo com os “corres” da vida. Uma turma acolhedora e amorosa, onde de fato ninguém largou a mão de ninguém.

A família é a base de tudo, então gostaria de agradecer ao meu pai Ewerton Santos, a minha mãe Maria Vânia Henrique Santos, a minha irmã Elizama Thâmara Henrique Santos e ao bebê que no presente momento está sendo gerado em mim. Pessoas que me ajudaram muito com suas orações e incentivos. Que me deram forças para continuar e chegar até aqui e que me mostram que posso ir além. Sou muito grata a Deus por ter me dado uma base tão forte.

Agradeço, também, as participantes desse trabalho que relataram suas experiências e tornaram esse trabalho mais rico e completo. Ao meu querido orientador Felipe Medeiros, que com sua paz e suas palavras acalmava meu coração, pelo incentivo nos momentos mais tensos da escrita e por ter acreditado nesse trabalho. A minha amiga Ana Maria Afonso Libório que com toda sua paciência me ensinou muito sobre o mundo da obstetrícia com uma paixão que é muito rara de ser vista. E a querida bibliotecária Vanessa Luiz Neunzig pela amizade e por sempre achar os livros mais incomuns que pedia pra ela.

Acima de tudo, agradeço a Deus pelo dom da vida e por ter colocado todas essas pessoas em meu caminho e ter proporcionado uma trajetória tão incrível.

“Por fim, permita que eu fale, não as
minhas cicatrizes. Achar que essas mazelas me
definem, é o pior dos crimes. É dar o troféu pro
nosso algoz e fazer nós sumir.”
(EMICIDA, 2019)

RESUMO

A violência obstétrica é caracterizada por ações e procedimentos que causam dor ou desconforto físico e/ou emocional e geram sequelas para o resto da vida das mulheres que passam por essa violência. Porém devido ao desconhecimento algumas dessas violências são vistas como procedimentos normais durante a gestação e parto. Devido a colonização brasileira, marcada pela inferiorização dos negros e os preconceitos que estigmatizaram essa população, a violência obstétrica ocorre com maior frequência em mulheres negras, quando comparadas as mulheres brancas. Isso ocorre devido ao racismo institucional. Para este trabalho, foram ouvidas as narrativas de mulheres pretas e pardas que partejaram no Sistema Único de Saúde em Ceilândia, Região Administrativa do Distrito Federal, com o objetivo de relatar as experiências dessas mulheres, a fim de identificar possíveis atos discriminatórios e avaliar se o tratamento recebido por essas mulheres condiz com as boas práticas de assistência segundo a política HumanizaSUS. Constatou-se que todas as entrevistadas passaram por violências, embora tenham sido vistas como ajuda ou procedimento comum na rotina médica. Tendo em vista as implantações de políticas de combate a violência obstétrica e a discriminação racial no Sistema Único de Saúde é possível perceber que ainda não obtiveram êxito na implementação no território estudado.

Palavras-chave: Racismo. Racismo Oculto. Desigualdade racial em saúde. Discriminação racial. Parto. Violência de gênero. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Obstetric violence is characterized by actions and procedures that cause pain or physical and/or emotional discomfort and generate lifelong sequelae for women who experience this violence. However due to the lack of knowledge some of these violence are seen as normal procedures during pregnancy and childbirth. Due to the Brazilian colonization, marked by the inferiority of blacks and the prejudices that stigmatized this population, obstetric violence occurs more often in black women, when compared to white women. This is due to institutional racism. For this work, the narratives of black and brown women who attended the Health Unic System in Ceilândia, discript of Distrito Federal, were heard, with the objective of reporting the experiences of these women, in order to identify possible discriminatory acts and to evaluate if the treatment received by these women matches the good care practices according to the HumanizaSUS policy. It was found that all interviewees experienced violence, although they were seen as a common aid or procedure in the medical routine. In view of the implementation of policies to combat obstetric violence and racial discrimination in the Health Unic System, it is possible to realize that they have not yet been successfully implemented in the studied territory.

Keywords: Racism. Hidden Racism. Racial inequality in health. Racial discrimination. Childbirth Gender violence. Health Unic System.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Violência sofrida por cada participante	35
--	----

LISTA DE SIGLAS

CEI – Campanha de Erradicação de Invasões

CECS – Curso de Especialização em Saúde Coletiva

CO – Centro Obstétrico

DF – Distrito Federal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PNSIPN – Política Nacional da Saúde Integral da População Negra

PTCa – Produção Técnico-científica aplicada

RA – Região Administrativa

SES – Secretaria de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UnA-SUS – Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	19
2 INTRODUÇÃO E MARCO TEÓRICO	21
3 OBJETIVO	27
3.1 Objetivo Geral	27
3.2 Objetivos Específicos	27
4 METODOLOGIA	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 Entrevistas	31
Dandara dos Palmares	31
Tereza de Benguela	32
Antonieta de Barros	33
5.2 As violências	35
5.3 “Pedras no caminho”	36
5.4 Discussão	36
6 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE	43
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	45

1 APRESENTAÇÃO

Me chamo Élika Nauanna Henrique Santos sou mulher preta, nordestina, biomédica e privilegiada. Sim, sou privilegiada! Sempre estudei em bons colégios particulares, sempre tive plano de saúde e na minha cabeça eu só havia sofrido racismo duas vezes em minha vida. A primeira vez aconteceu quando eu tinha 8 ou 9 anos de idade quando estava brincando com minhas amigas e um garoto disse que não deveriam brincar comigo, porque eu era uma “preta macumbeira”. A segunda vez aconteceu quando eu tinha 11 anos de idade em minha primeira aula de natação, onde um dos meus colegas disse que eu não deveria entrar na piscina, pois iria sujar a água com minha cor de pele. Porém, esses dois casos não haviam sido os únicos, já havia sofrido outras formas de discriminação, mas por estar tão naturalizado nunca havia percebido.

Cerca de dois anos atrás uma conhecida, que é participante ativa do movimento negro, me mostrou esse mundo, que até então, pra mim não existia. Comecei a ler artigos e buscar mais informação sobre o assunto. Foi aí que meus olhos se abriram. Passei a entender o porquê de toda vez meu pai ser parado em uma blitz policial, o porquê eu era a única ou uma das poucas pretas nas escolas em que estudei, porquê as consultas medicas eram tão rápidas e em algumas minhas queixas não eram ouvidas. Entendi o porquê, quando criança, odiava o meu cabelo cacheado, que era chamado de “Bombрил”, e o porquê de tantas vezes eu ter esfregado minha pele com força na tentativa de ser branca. Entendi que racismo não são apenas xingamentos, mas sim como a sociedade me enxerga e me trata e como isso influencia na minha vida.

E nessas reflexões da vida me peguei pensando em como eu poderia mudar a situação atual das negras e dos negros que enfrentam, todos os dias, as barreiras impostas pela sociedade. Foi quando vi na Saúde Coletiva uma esperança, uma oportunidade de lutar pelo coletivo. Encontrei na Escola Fiocruz de Governo, através do Curso de Especialização em Saúde Coletiva (CESC), uma mudança de pensamentos e conceitos, um olhar mais crítico sobre saúde. A Fiocruz é uma instituição especialista em produzir profissionais “desenformados”, que quer dizer fora da forma.

Durante todo o curso tive em mente que o trabalho de conclusão de curso seria voltado para as questões raciais, já que foi por esse motivo que busquei entrar no CESC. Em uma conversa descontraída voltando do horário do almoço, falando sobre futuros temas do Projeto técnico-científico aplicado (PTCa) surgiu a ideia de tema e a minha dupla, já que o trabalho de conclusão de curso da Fiocruz é apresentado em dupla. Infelizmente, por motivos pessoais

minha dupla precisou se ausentar do curso e coube a mim concluí-lo e fazê-lo nascer, pois foi muito sonhado e planejado pela Ana Maria Afonso Libório e por mim.

O processo de escrita foi doloroso. Por muitas vezes não conseguia terminar de ler alguns artigos e se terminava, na maioria das vezes, estava em prantos. E foi nesse processo que aprendi e tenho aprendido sobre questões raciais e vou sonhando com uma realidade diferente para meus futuros filhos. A intenção é “mudar o mundo uma cabeça por vez”, começando pela minha.

2 INTRODUÇÃO E MARCO TEÓRICO

Antes de falar de racismo, é necessário entender três termos relevantes para melhor entendimento da temática do trabalho, são eles raça, preconceito racial e discriminação racial. A palavra “raça” surgiu na biologia como forma de classificar/categorizar e hierarquizar espécies de plantas e animais através das características físicas e, posteriormente, passou a ser usada para “classificar” os seres humanos (1,2). Inicialmente a “raça humana” era classificada de acordo com as alocações geográficas, incluindo características físicas e culturais das populações das regiões. Eram classificados como africanos, americanos, asiáticos e europeus. Com o tempo, passou-se a classificar baseando-se apenas nas características físicas (brancos, negros e indígenas) até chegar na classificação que temos hoje (brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas) (3).

Como resultado dessa classificação e do imaginário que o branco europeu é a “raça superior” e “mais adiantada”, iniciou-se o processo de embranquecimento da população brasileira. Inicialmente este processo se deu com o estímulo e com a vinda de muitos imigrantes europeus, no final do século XIX, e com o incentivo a miscigenação, na tentativa de acabar progressivamente com os pretos e os mestiços de pele escura, considerados inferiores. Nos dias atuais processo de embranquecimento se dá através das ações racistas das instituições (2,4), como, por exemplo, alvejar a tiros o carro de uma família negra¹ ou prender os jovens negros baseando-se no estereótipo².

O preconceito é um conceito/juízo pré concebido sobre algo ou alguém que pode ser ou não real. No preconceito racial, esse juízo pré concebido, se dá sobre indivíduos que estão dentro de um grupo, que apresentam determinadas características, podendo levar a práticas discriminatórias (2,5,6). Para a população negra os exemplos mais comuns são ligando essa população como pessoas raivosas, “barraqueiras”, mais resistentes à dor, com pouca capacidade intelectual e associando-os a empregos considerados “inferiores” ou a bandidos (2,5,7). Como Lélia Gonzales (7) exemplifica no seu texto, de forma irônica, a visão preconceituosa:

¹ Reportagem sobre carro de família negra alvejado com 80 tiros no Rio de Janeiro, em 7 de Abril de 2019.

https://brasil.elpais.com/brasil/2019/04/08/politica/1554727102_750351.html

² Reportagem do caso Barbara Queiroz, reconhecida como assaltante por possuir cabelo cacheado e ser negra. O caso aconteceu em São Paulo no dia 15 de Janeiro de 2018:

<https://www.brasildefato.com.br/2018/11/13/reconhecida-por-cabelo-e-pele-negra-barbara-querino-e-absolvida-mas-segue-presas/>

[...] negro tem mais é que viver na miséria. Por que? Ora, porque ele tem umas qualidades que não estão com nada: irresponsabilidade, incapacidade intelectual, criancice, etc. e tal. Daí, é natural que seja perseguido pela polícia, pois não gosta de trabalho, sabe? Se não trabalha, é malandro e se é malandro é ladrão. Logo, tem que ser preso, naturalmente. Menor negro só pode ser pivete ou trombadinha (Gonzales, 1979b), pois filho de peixe, peixinho é. Mulher negra, naturalmente, é cozinheira, faxineira, servente, trocadora de ônibus ou prostituta. Basta a gente ler jornal, ouvir rádio e ver televisão. Eles não querem nada. Portanto têm mais é que ser favelados. (7). (p. 225)

A discriminação racial são ações baseando-se no preconceito. É o ato de tratar de forma diferente indivíduos que fazem parte de grupos racializados. Esse tratamento pode ser de forma violenta, com indiferença e desprezo, ou negando direitos aos indivíduos baseando-se na cor da pele (2,6). Um exemplo é negar uma vaga de emprego a uma pessoa negra por acreditar que esta não tem capacidade intelectual, mesmo que preencha todos os requisitos necessários para a vaga.

Compreendido estes conceitos, podemos entender o que é racismo. A origem do termo vem da união da palavra “raça” e do sufixo “ismo”, usado como indicador de crença, ideologia (1). O termo surgiu na Alemanha, em meados da Segunda Guerra Mundial, como resultado do crescimento do movimento antissemitico, que teve como desfecho a morte de milhares de judeus, na busca de uma raça pura, a raça ariana (5).

Segundo Silvio Almeida (2), o racismo “é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios, a depender ao grupo racial ao qual pertençam”, onde as práticas discriminatórias não se limitam apenas nas relações interpessoais, mas atravessa a cultura, as políticas e a ética (8). Sendo assim, o racismo, atinge três esferas: a individual, a institucional e a estrutural (2).

O racismo estrutural é o racismo resultante de processos históricos e políticos presente na estrutura social. Em outras palavras, pode-se dizer que, é como a sociedade se organizou e se organiza para produzir e manter as desigualdades raciais. É o racismo naturalizado, invisibilizado, presente no cotidiano, passado por gerações e reproduzido pela sociedade através do racismo individual e do racismo institucional (2,6).

O racismo individual surge através da subjetividade do individuo. É o racismo “escancarado”, porém não interpretado, na maioria das vezes, como racismo e sim como preconceito ou injúria racial (2). Este tipo de racismo atua no nível pessoal, sendo caracterizado pelos sentimentos de superioridade manifestado através da não aceitação do individuo “diferente”, e no nível interpessoal, sendo caracterizada pela prática de ações racista ou pela

passividade diante de ações racistas. Já o racismo institucional vai além das relações interpessoais. Este é expresso através de leis, políticas e normas institucionais que desfavorecem o grupo racializado (2,8).

Desde a colonização até os dias atuais, o Brasil foi e continua sendo marcado pela presença das três esferas de racismo. Durante o período colonial os negros e as negras eram tratados como inferiores, pois acreditava-se que por não serem cristãos deveriam ser caçados, capturados e subjulgados “afim de reduzi-los a servidão perpetua” como diz na bula papal *Dum Diversas* de 1452 (9). Foram trazidos, a força, através de navios negreiros, com o objetivo de servirem como escravos. Muitos perderam a vida durante o percurso devido as condições precárias nas quais foram trazidos (6,10,11), como Mohommah G. Baquaqua (11), o ex-escravo afro-brasileiro, narra em sua biografia sobre os navios negreiro:

[...] Fomos arremessados, nus, porão adentro, os homens apinhados de lado e as mulheres do outro. O porão era tão baixo que não podíamos ficar em pé, éramos obrigados a nos agachar ou a sentar no chão. Noite e dia eram iguais para nós, o sono nos sendo negado devido ao confinamento de nossos corpos. Ficamos desesperados com o sofrimento e a fadiga.

Oh! A repugnância a e a imundícia daquele lugar horrível nunca serão apagadas da minha memória. Não: enquanto a memória mantiver seu posto nesse cérebro distraído, lembrarei daquilo. Meu coração até hoje adoece aos pensar nisto. (11). (p. 84)

Já no solo brasileiro perderam suas identidades, cultura e religião, tiveram seus nomes e sobrenomes mudados e foram maltratados, objetificados, animalizados, estuprados e assassinados (6,10,11).

Com o aumento do movimento abolicionista e com as pressões econômicas dos países abolicionistas, o império passou a criar formas de marginalizar os negros. Antes eram conhecidos como trabalhadores escravos, depois passaram a ser conhecidos como preguiçosos, raivosos, vadios, transmissores de doenças, prostitutas e outros. Leis, como as que proibiam os negros de estudar, de comprarem uma terra ou até mesmo de se ajuntarem foram criadas com intuito de excluir essa população. E mesmo com o fim da escravidão em 1888, continuaram a ser inferiorizados e obrigados a viver a margem da sociedade (6,10).

Após 130 anos da abolição da escravidão, os negros e as negras ainda sofrem mazelas herdadas desse período. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os negros e negras, são os mais afetados com o desemprego, os que possuem menor grau de instrução, os que recebem menor salário, os que ocupam maior parte da população

carcerária, os que mais morrem por motivos externos e são os que, em sua maioria, vivem na pobreza ou abaixo da linha da pobreza (12). No quesito saúde são os que mais dependem do SUS para atendimento médico e para obtenção de medicamentos, são menos examinados e por consequência as consultas são mais rápidas, as gestantes negras têm menor quantidade de consultas pré-natais, são as que mais sofrem violência obstétrica, recebem menos anestesia durante o parto e os índices de mortalidade materna e infantil, por fatores evitáveis, são mais altos quando comparados a mulheres e recém-nascidos brancos (13,14).

A violência obstétrica consiste em ações tomadas pelos profissionais da saúde durante a gestação, o parto e nas situações de aborto, que causam dor ou sofrimento físico ou emocional. É caracterizada pela “apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, por meio do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade” (15). As violências mais comuns são negar ou negligenciar atendimento, xingamentos ou comentários constrangedores que influenciem negativamente os sentimentos da mulher, procedimentos médicos que causam dor ou danos físicos (impedir ingestão de alimentos ou água, episiotomia, imobilização de braços e pernas, entre outros), impedir entrada do acompanhante na sala de parto e outros (15–17).

Tendo em vista as desigualdades raciais na saúde, as quais são geradoras dos fatores já citados anteriormente, foi instituída, em 2009, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Ela tem como base a constituição brasileira seguindo os princípios de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1º, inc. II e III), repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art 4º, inc. VIII) e promoção a igualdade (BRASIL. 1988, art. 5º, caput), buscando como resultado a equidade na saúde integral da população negra. Esta política inclui ações de cuidado, atenção, promoção de saúde e prevenção de doenças, além de gestão participativa, controle social, produção de conhecimento e formação e educação permanente para os trabalhadores do sistema de saúde (13,18).

A PNSIPN é uma política muito abrangente. Esta envolve saúde física e mental, buscando respeitar os saberes populares de saúde vindos das religiões de matriz africana. Promove ações de atenção e cuidado para a saúde integral da população negra, tendo em vista que devido aos processos históricos, é mais propensa a certas doenças, como doença falciforme e hipertensão. Também promove ações específicas para a redução da morbimortalidade por doenças ou causas comuns a toda população brasileira, mas que os índices são maiores na população negra, como morte por causas externas, tuberculose, hanseníase, transtornos mentais, câncer de colo de útero e de mama e outros. Em específico para a saúde da mulher negra, a

política, busca desenvolver ações para reduzir a mortalidade materna e infantil, a qualificação dos profissionais do SUS e a humanização na atenção a saúde, na assistência ginecológica e na assistência obstétrica (13).

3 OBJETIVOS

Esta sessão é dedicada aos objetivos do trabalho.

3.1 Objetivo Geral:

Descrever as experiências das mães negras partejadas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) em Ceilândia – Distrito Federal.

3.2 Objetivos específicos:

- Relatar as experiências das mães negras partejadas no SUS do território;
- Identificar a existência de racismo a partir do conteúdo da fala das participantes;
- Analisar se as experiências de parto das mulheres correspondem às boas práticas de assistência com base em evidências científicas.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa onde foi analisado o conteúdo das narrativas feitas pelas mães que pariram na maternidade pública em Ceilândia. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas utilizando instrumento semi-estruturado, como guia, contendo perguntas abertas sobre o que aconteceu no dia do parto, como foi o tratamento recebido antes, durante e após o processo e como se sentiram. As entrevistas foram gravadas em áudios e posteriormente deglavadas e analisadas com o intuito de constatar ou não se o tratamento recebido pelas participantes condiz com as boas práticas de assistência e se é houve tratamento discriminatório durante todo o processo.

Os dados foram analisados tendo como objeto de estudo o respeito à autonomia e a decisão conjunta na prestação da assistência ao parto e a integralidade no atendimento em conformidade com a necessidade e/ou condição de saúde, baseando-se nas evidências científicas. Não houve foi estipulado quantidade mínima ou máxima na amostra, visto que na pesquisa qualitativa o foco não se delinea a partir da quantidade de amostras como diz Fontanella et al. (19).

A escolha do território baseia-se em dois fatores, o primeiro é a história, a qual é marcada pela desigualdade social, e o segundo por ser a RA mais populosa do Distrito Federal. A cidade foi criada em 1969 e o nome surgiu através da junção de CEI, sigla para Campanha de Erradicação de Invasões, e “lândia” que remete a terra. Esta campanha tinha como objetivo realocar os migrantes vindos de todo o país, a procura de emprego no período da construção de Brasília, que viviam de forma irregular nos arredores do Plano Piloto (20).

Ceilândia é composta pelo Pôr do Sol, Sol Nascente e a Ceilândia Tradicional, sendo Sol Nascente considerada a maior favela de Brasília e a segunda maior favela do Brasil. Em 2018 a população total, nesta RA, era de 432.927 pessoas, composta por 52,1% de moradores do sexo feminino e 47,9% do sexo masculino. No quesito raça/cor 65% é composta por negros, sendo que 12,2% se autodeclaram pretos e 52,8% pardos. Cerca 69,5% dessa população recebem menos dois salários mínimos no seu trabalho principal e 81,4% é SUS-dependente (20).

A RA de Ceilândia possui apenas uma única maternidade pública a qual é responsável pelo parto das gestantes moradoras da RA e das gestantes de outras RA's que não possuem maternidades públicas. Em 2015, a taxa de natalidade foi de 15,5 nascidos vivos por mil habitantes. Foi registrado um total de 6.865 partos, onde 5.046 partos foram realizados no SUS,

sendo 4.444 dos partos realizados eram das moradoras e 602 partos das moradoras de outros territórios. A maioria das mães, 81%, possuíam idades entre 20 e 39 anos, 15,2% entre 10 e 19 anos e 3,1% tinha 40 anos ou mais. Constatou-se que aproximadamente 20,2% das mães tinham 12 ou mais anos de estudos, 60,7% de 8 a 11 anos de estudos e 17,2% de 0 a 7 anos de estudos (21).

Diante de todas essas informações o público alvo escolhido para o trabalho foram mulheres que se autodeclararam pardas e pretas, segundo as normas do IBGE, que residem em Ceilândia e partejaram no SUS do território. Estas foram indicadas por amigos ou parentes que apresentam algum vínculo com as pesquisadoras que, posteriormente, entram em contato explicando o trabalho e marcando as entrevistas. Não houve recorte de tempo, visto que se trata de uma memória afetiva muito forte e marcante, tornando-se assim, difícil de ser esquecida.

Foram entrevistadas quatro mulheres, havendo uma desistência na reta final da pesquisa, tendo, assim, sua entrevista retirada do trabalho. As três entrevistadas que continuaram na pesquisa tiveram seus nomes verdadeiros substituídos por nomes de mulheres negras brasileiras que deixaram suas marcas registradas na história do Brasil. Essa substituição foi feita para honrar a confidencialidade pactuada através do TCLE e como forma lembrar e reverenciar a luta dos nossos ancestrais. No mais, este trabalho passou pelo comitê de ética da Fiocruz, tendo como número do parecer 2.093.366.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta sessão do trabalho é destinada aos resultados e discussão, sendo dividida em quatro subseções: Entrevistas, As violências, “Pedras no caminho” e Discussão.

5.1 Entrevistas

DANDARA DOS PALMARES

Dandara é uma jovem de 20 anos de idade, se autodeclara parda e teve sua única filha na maternidade pública de Ceilândia, em 2016. Em seu relato ela conta que já havia ido à maternidade, mas como estava com apenas 2 cm de dilatação, foi mandada de volta para casa. Ela ficou muito assustada em ter que voltar para casa, pois, alguns dias antes, havia visto no jornal regional o caso de uma gestante que tentou internação na maternidade Ceilândia, mas mandaram de volta para casa e a criança acabou falecendo.

Mais tarde no mesmo dia voltou a buscar atendimento no SUS em Ceilândia e foi informada que não haviam médicos disponíveis interna-la, pois era carnaval e haviam poucos médicos de plantão. Ela ficou esperando até que depois de um tempo a recepcionista da maternidade fez a internação dela, mesmo não sendo a pessoa autorizada para isso. Quando entrou na sala de internação teve sua primeira impressão sobre o ambiente em que estava:

Nossa Senhora! Foi assustador, porque realmente tinha um monte de mulher gritando e os médico mandava calar a boca. Que se gritasse era pior. Nem coragem de gritar eu não tinha. Eu só ficava me retorcendo na cama, porque eu tinha medo de gritar [...] eu não tinha coragem nem de falar que tava doendo.

Segundo ela, os médicos, “não iam lá, nem pra ver se eu tava viva!”. Ela ficou em trabalho de parto por seis horas, até que o companheiro da mesma percebeu que a criança já estava nascendo e procurou quem pudesse ajudar e, então, ela foi levada para o Centro Obstétrico (CO).

Quando perguntada sobre o “corte” (episiotomia) ela diz que foram feitos dois. Ambos os cortes foram feitos sem consentimento e apenas um dos cortes, o segundo, foi informado que seria feito. Ainda fala sobre a “ajuda” (manobra de Kristeller) que recebeu de uma enfermeira. E sobre as manobras médicas realizadas ela fala:

Pra mim eu não vejo como descaso. Eu realmente vi como uma ajuda [...] porque eu já não tinha mais força.

Depois do parto foi encaminhada para a maternidade e, nas palavras dela, “foi só alegria”.

TEREZA DE BENGUELA

Tereza é uma mulher adulta, que se autodeclara preta e teve seus dois filhos na maternidade pública de Ceilândia, sendo um em 2015 e o outro em 2016. Em seu primeiro parto, que aconteceu em 2015, ela conta que chegou ao hospital sentindo contrações e com 3 cm de dilatação e foi encaminhada para a internação. Relata que estava tensa por ser o primeiro parto e resalta que não recebeu informações e orientações sobre seu estado e sobre como deveria proceder por parte dos profissionais da saúde da instituição.

Tereza passou a noite na maternidade acordada e desacompanhada, pois não permitiram a entrada de sua mãe. Às cinco horas da manhã começou a sentir contrações mais fortes e foi feito o exame de toque, o qual constatou que ela já estava prestes a parir. Foi encaminhada para o CO, onde já havia um médico e uma enfermeira esperando por ela. Ela conta que foi feita a episiotomia, sem seu consentimento, mas foi informada que o procedimento seria realizado. Sobre o procedimento realizado, ela fala como se sentiu e do dano que causou a ela:

Eu achei uma maravilha que não ia forçar muito. Pra mim eu achei que sim, mas depois sente que não, né!? Acho que se fosse pela forma mais natural possível, talvez eu não teria tanta sensibilidade depois.

Ela conta que, na hora do parto estava muito cansada, pois não havia dormido. Após terem feito a episiotomia, pediram para que ela fizesse força, mas devido o cansaço ela não estava conseguindo fazer força o suficiente, então a enfermeira brincou com ela dizendo “Você tá fazendo errado, tá fazendo feio!” e, Tereza, achou o comentário engraçado. Após o parto, foi encaminhada para a maternidade, onde, segundo ela, “é um paraíso”, as camas eram novas e maiores e os profissionais da saúde eram mais atenciosos.

O segundo parto aconteceu em 2016, em um período em que o jornal regional denunciou varias ocorrências de partos nos quais as gestantes não eram atendidas e acabavam parindo no chão do SUS de Ceilândia. Então ela optou por esperar em casa e só foi ao hospital quando começou a sentir as contrações mais fortes. Ela diz que foi atendida bem mais rápido, pois já estava com 9 cm de dilatação. Foi levada para o CO, onde já havia um medico esperando por ela. Diferente do primeiro parto, nesse ela pode ter um acompanhante, porém semelhante ao primeiro, Tereza, passou novamente pela episiotomia sem seu consentimento, mas foi informada que, mais uma vez, o procedimento seria realizado.

Após o parto foi encaminhado para sala de pós-parto onde passou pouco tempo e logo foi encaminhada para outra sala, onde ficavam as gestantes que apresentavam o risco de aborto. Sobre o local ela fala:

A maca era horrível [...] não era adequado para aquela situação, ali não. Eu já estava com meu nenezinho no braço e a maca era muito estreita, eu tava até com medo de dormir e deixar o neném cair. Mas só foi essa parte. O tratamento das meninas de alimentação, de acompanhamento de remédio todas me trataram muito bem.

Ela relata que em nenhum dos dois partos se sentiu discriminada ou que recebeu um tratamento diferente por causa da cor da pele. Diz que os dois partos foram boas experiências, mas que já ouviu relatos de conhecidas que, também pariram na maternidade de Ceilândia, foram experiências ruins.

ANTONIETA DE BARROS

Antonieta é uma mulher adulta de 36 anos de idade, se autodeclara preta e sua única filha nasceu na maternidade pública de Ceilândia, em 2014. Ela conta que o dia do parto foi

“tenso, muito tenso!”. Ficou internada por três dias, tendo o parto induzido, sendo que o médico já havia dito que ela não tinha condições de ter o parto de forma natural. Após os três dias de indução do parto a criança acabou virando e no quarto dia fizeram a cesárea em Antonieta. Durante todos esses dias ela conta que se sentiu angustiada.

[...] você está há três dias internada, sabendo desde o início da sua gravidez que ia ser cesárea, né!? Chega lá eles abre a boca e fala assim: ‘Nós aqui é quem sabe como é que você vai ter seu parto. Nós vamos tentar você ter o parto normal’. Só que aí eles pega e começa a induzir. Dilatei 2 cm, só, durante esses três dias.

Ela fala que durante os dias que esteve internada se sentiu acolhida e bem tratada pelos profissionais que atendiam ela, porém percebeu diferença no tratamento com as outras gestantes.

[...] assim, é muito sofrimento lá dentro. Pra muitas é muito sofrimento. Eu como não sentia dor e essas coisa, eu via muito o sofrimento das outras [...] quando começavam a grita de dor e tudo e aquela angustia eles dizia assim: ‘se você num calar a boca eu num vou aí’, ‘você não pode gritar’.

Ela diz que não acredita ter sido tratada diferente por ser preta e que haja racismo na instituição. Entretanto, mais adiante na entrevista, ela relata que presenciou “uma coisa estranha” no atendimento prestado a uma mulher, aparentemente drogada, que foi parir:

[...] entraram com ela e todo mundo viam que ali ela tava drogada, né!? Mas ela entrou no parto. [...] a gente via assim, a forma de não chegar pra atender, o jeito de pegar e levar pro Box. Aí a gente vê que tem alguma coisa, assim, que não é normal pra eles que é atendente e tão lá pra atender. Do jeito que tratar um, tem que tratar o outro.

Durante os quatro dias que ficou internada, Antonieta, foi proibida de ter acompanhante e quando perguntada que nota daria para o atendimento que recebeu ela dá nota 3 ou 4, mesmo dizendo que foi bem atendida.

5.2 As violências

Observando as narrativas das participantes é possível perceber contrastes com o que é preconizado no HumanizaSUS. O caderno HumanizaSUS destaca alguns pontos como: a experiência do parto deve ser agradável não acarretando traumas físicos e/ou emocionais para a gestante e seus familiares; o ambiente não deve ser hostil, proporcionando que gestante se sinta livre para expressar suas necessidades e sentimentos; deve haver o fortalecimento e a valorização da mulher, bem como a sua participação na tomada de decisão sobre o parto; e as intervenções médicas sem embasamento científico não devem ser realizadas, a menos que haja complicações durante o parto. O que foi observado na narrativa das participantes foi totalmente diferente, houve recusa da admissão, episiotomia, manobra de Kristeller, abandono, perda da autonomia no processo de pré-parto e parto, ausência de acompanhante e ações verbais causadoras de medo, vulnerabilidade e insegurança. É importante destacar que os dois procedimentos médicos realizados, a episiotomia (corte no períneo) e a manobra de Kristeller (pressão sobre o fundo uterino durante a expulsão), além de não serem benéficos para a gestante e para o bebê, não possuem indicação de serem usados, segundo literatura técnica da área (22,23).

Para facilitar a visualização das violências sofridas pelas participantes elaborou-se a presente **Tabela 1**, onde foram apresentadas as violências e relacionando-as a cada participante.

Tabela 1: Violência sofrida por cada participante.				
Participantes Violência	Dandara	Tereza	Antonieta	Outras gestantes
Abandono	X			X
Recusa na admissão	X			
Perda da autonomia	X	X	X	
Ausência de acompanhante		X	X	
Ações verbais				X
Episiotomia	X	X		
Manobra e Kristeller	X			

5.3 “Pedras no caminho”

Durante o processo de captação das participantes tivemos algumas “pedras no caminho”. A primeira foi o medo em se encontrar com uma pessoa que não faz parte do seu círculo social. É compreensível esse medo, tendo em vista os casos recentes de feminicídio que vieram acontecendo e sendo noticiados nos últimos meses, além das outras violências que ocorrem constantemente, como assaltos.

A segunda pedra encontrada foi a resistência em contar o que aconteceu mesmo sabendo que a pesquisa não tem relação com a instituição onde realizaram o parto. O fato de falar de uma instituição pública para estudantes de uma outra instituição pública diretamente ligada a SES pode ter gerado alguma carga de tensão para as participantes. Como resultado uma participante deu versões diferentes de seu relato. No relato gravado, a participante, avaliou positivamente e omitiu informações importantes sobre a assistência recebida no parto, as quais foram reveladas quando não estava sendo gravada. Posteriormente a mesma participante optou por não participar mais da pesquisa.

Refletindo sobre esses fatos, os quais foram chamados de pedras, percebo que os resultados poderiam ser mais ricos em detalhes se existisse um laço/vínculo maior com as participantes. Assim, as conversas poderiam ser mais tranquilas e longas, contendo mais detalhes e informações relevantes para o trabalho. Não se resumiria a apenas um encontro. Acredito, também, que teriam mais participantes se tivesse escolhido um território, não só pelos dados, mas por estar inserida nele. Isso facilitaria muito os deslocamentos e a captação de mais participantes.

Enfim, me pergunto até onde essa falta de vínculo pode ter interferido nas entrevistas e o quanto elas sentiram que podiam confiar em mim para contarem, de fato, tudo o que aconteceu.

5.4 Discussão

Observando as narrativas nota-se alguns pontos importantes. O primeiro deles é a relação de poder que existe entre médicos e pacientes, ou até mesmo, entre os outros profissionais da instituição e os pacientes. Todas as violências sofridas pelas participantes estão ligadas a essa poder exercido pelos profissionais. A recusa ao acesso, as ações verbais, as manobras médicas, a proibição da entrada de acompanhante, tudo se resume nessa relação de

poder, que diminui o paciente e retira sua autonomia de decisão e opinião sobre os procedimentos aos quais está sendo submetido (17).

Esta relação entre médicos e pacientes, pode ser explicada pela medicalização e o modelo biomédico de saúde. O que resulta na criminalização dos processos naturais do parto e o fortalecimento do imaginário de que só os médicos detém o conhecimento sobre os processos de saúde. Isso torna os saberes das gestantes, até sobre seu próprio corpo, ignoradas e leva a perda da autonomia das mesmas na tomada de decisão durante o processo de parto.

Outro ponto importante é o não reconhecimento das violências por parte das participantes. Para todas as participantes, tudo o que aconteceu com elas era tido como normal, até mesmo as que causaram estranheza, como abandono e ações verbais, sendo consideradas normais por estarem em uma instituição pública. Uma ressalva no caso da Antonieta, que foi a única a relatar que achou alguma coisa estranha no tratamento com uma paciente, porém, assim como a Dandara e a Tereza, ela avalia que todos os procedimentos realizados nela foram procedimentos normais, inclusive a tentativa de indução ao parto. O que nos leva ao último ponto, o não reconhecimento de práticas discriminatórias e a naturalização da violência.

No Brasil, assim como em outros países com raízes coloniais como as nossas, as violências são construídas em cima de múltiplos fatores, sendo os mais determinantes a raça, classe social e o gênero. Onde quanto mais se distancia do sujeito universal colonizador, caracterizado por ser homem, branco, burguês, heterossexual, cristão e colonizador, mais propensas às violências e opressões estão as pessoas. Ou seja, por oposição, as pessoas que estão mais sujeitas às violências são as mulheres, pretas, lésbicas e pobres (24). Não é difícil imaginar, portanto, que em um ambiente onde violência está naturalizada, o cenário hospitalar que se apresenta como território do sujeito branco masculino, seja o local onde opera sutilmente a lógica da violência.

Conclui-se que, mesmo sem ter percebido, as participantes passaram por violências não só ligadas ao quesito raça, mas também pelo gênero, classe e outros fatores que não foram avaliados neste trabalho. Fica evidente, ainda, o quão perversas são as violências que são invisíveis aos olhos e dificultam o rastreamento do racismo até mesmo pelas pessoas que o sofrem, demonstrando como se articula o poder colonial para fazer perpetuar a lógica das opressões através do racismo institucional e estrutural.

6 CONCLUSÃO

Constatou-se, através dos dados coletados por esta pesquisa, que houveram procedimentos durante o pré-parto e parto que não condizem com as evidências científicas preconizadas pela política de saúde. Constatou-se, também, que todas as violências sofridas pelas participantes foram naturalizadas, inclusive o racismo. Por isso é importante lembrar que as violências são construídas por vários recortes (raça, gênero e classe) e que fazem parte do cotidiano, sendo mais difícil o reconhecimento das mesmas pelas participantes. O que nos leva a perceber a importância das políticas públicas e dos movimentos sociais. É a partir deles que as violências são expostas e se tem a tentativa de repará-las.

Tanto a HumanizaSUS quanto a PNSIPN, buscam diminuir as violências rotineiras dentro do Sistema Único de Saúde. Isso nos leva, como profissionais da saúde, a refletir nossas práticas, não só dentro das instituições, mas também na vida, pois todos possuem uma carga histórica e cultural que precisa ser desconstruída.

Devido o pouco tempo de execução deste trabalho não foi possível realizar uma intervenção. Sugere-se, então, o uso das narrativas destas e de outras mulheres com o intuito de sensibilizar os profissionais da saúde e assim afirmar para estes a importância da realização do curso de Saúde da População Negra disponível gratuitamente na Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS). O curso demonstra de forma didática e explicativa as diferenças de tratamentos recebidos entre as populações negra e branca dentro do SUS, o que é racismo institucional e se aprofunda na PNSIPN.

O curso é uma forma de utilizar um instrumento excelente que não tem sido amplamente divulgado e que é gratuito. Sendo assim, não existe gastos extras para o SUS.

REFERÊNCIAS

1. Campos LA. RACISMO EM TRÊS DIMENSÕES Uma abordagem realista-crítica. *Rev Bras Ciências Sociais*. 2017;32.
2. Almeida SL de. *Racismo Estrutural*. Primeira E. Pólen, editor. São Paulo; 2019. 264 p.
3. Pereira ME. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. 2011;16(3):271–8.
4. Santos RA dos, Silva RM de NB e. Racismo científico no Brasil: um retrato racial do Brasil pós-escravatura. *Educ em Rev*. 2018;34(68):253–68.
5. Nunes S. Racismo contra negros : um estudo sobre o preconceito sutil um estudo sobre o preconceito sutil.
6. Savazzoni S de A. Preconceito, racismo e discriminação. *Rev do Curso Direito da Fac Humanidades e Direito*. 2015;12:39–75.
7. Gonzales L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Rev Ciências Sociais Hoje* [Internet]. 1984;223–43. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod_resource/content/1/06 - GONZALES%2C Lélia - Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira %281%29.pdf
8. Werneck J. Racismo Institucional: uma abordagem conceitual [Internet]. Trama Design, editor. 2016. 55 p. Available from: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/FINAL-WEB-Racismo-Institucional-uma-abordagem-conceitual.pdf>
9. Candido MP. a Era Do Comércio Transatlântico *. 2013;47:239–68.
10. Albuquerque WR de, Filho WF. *Uma história do negro no Brasil*. Salvador; 2006. 320 p.
11. Baquaqua MG. *Biografia e narrativa do ex-escravo afro-brasileiro*. Brasília; 1997. 139 p.
12. Petrucelli JL, Saboia AL. *Características Étnico-raciais da População: classificações e identidades*. 2nd ed. IBGE, editor. Rio de Janeiro; 2013. 208 p.
13. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Política Nacional de Saúde Integral*

- da População Negra: uma política para o SUS. 3rd ed. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2017. 44 p.
14. Leal M do C, Gama SGN da, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN do, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017;33(suppl 1).
 15. Paulo DP do E de S. *Violência Obstétrica*. 2013. p. 2.
 16. Lima, Kelly Diogo; Moreira, Rafael da Silbeira; Pimentel C. *Raça e violência obstetrica no Brasil*. 2016;
 17. Ministério da Saúde. *Caderno HumanizaSUS*. 4th ed. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2014. 467 p.
 18. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Unimep [Internet]. 2010;2(00101023023054):4. Available from: <http://www.uol.com.br>
 19. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas : proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):389–94.
 20. Companhia de Planejamento di Distrito Federal - CODEPLAN. *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios -PDAD 2018 - Ceilândia*. Distrito Federal; 2019. 125 p.
 21. Governo do Ditrto Federal, Saúde S do E de. *Relatório de Natalidade da Região Oste*. Brasília; 2015. 11 p.
 22. Amorim M, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. 2017;1–10.
 23. Barros TCX de, Castro TM de, Rodrigues DP, Moreira PGS, Soares E da S, Viana AP da S. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. *Rev Enferm UFPE line*. 2018;12(2):554–8.
 24. Haraway DJ. *Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century*. In: Simians, Cyborgs and Women *The Reinvention of Nature*. Routledge, editor. New Yoirk; 1991. 291–324 p.

APÊNDICE

APÊNDICE A:

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO DE VOZ, IMAGEM E UTILIZAÇÃO DO
CONTEÚDO GRAVADO**

Nome da entrevistada:

1. **Natureza da entrevista:** *o sra (sr.) está sendo convidada (o) a participar desta entrevista que tem como objetivo conhecer suas experiências e relação com o SUS durante o pré-natal, parto e pós-parto.*
2. **Envolvimento na entrevista:** *A sra (sr.) tem liberdade de se recusar a participar da entrevista e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da entrevista, sem qualquer prejuízo para a sra (sr.).*
3. **Confidencialidade:** *as informações coletadas nesta entrevista poderão compor os resultados de pesquisa apresentados na dissertação de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva da Escola Fiocruz de Governo.*

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta entrevista. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da entrevista. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da entrevista e a divulgação dos dados obtidos nesta entrevista.

Coordenador da pesquisa: Felipe Medeiros Pereira

Telefone (61) 3329-4707

E-mail: felipe.pereira@fiocruz.br

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos da pesquisa contatar o comitê de ética responsável pela aprovação.

Telefone:(61)3329-4607 /3329-4638
cepbrasil@fiocruz.br

Nome do Participante da entrevista

Assinatura do Participante da entrevista

Nome do entrevistador

Assinatura do entrevistador