

PRÁTICA EDUCATIVA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

EDUCATIONAL PRACTICE AS A STRATEGY OF COPING WITH OBSTETRIC VIOLENCE

Jean Cristina Carneiro Rios¹
Milton Ferreira da Silva Júnior²

<https://orcid.org/0000-0002-3168-5132>

RESUMO

O objetivo é refletir quanto à importância da prática educativa como ferramenta para o enfrentamento à violência obstétrica. Trata-se de uma pesquisa-ação a partir do recorte da pesquisa de Mestrado. Foram analisados três relatos de mulheres com experiências de partos no mesmo hospital em Eunápolis-Ba. Foi possível identificar os determinantes sociais em saúde e o intercruzamento de gênero, raça e classe, através dos relatos com evidências do desconhecimento das mulheres sobre o termo violência obstétrica, assim como procedimentos invasivos e violentos de maneira rotineira pautados no discurso do modelo biomédico como necessários para salvar as vidas ora da mãe, ora do bebê ou de ambos. A prática educativa mostrou-se eficaz como uma ferramenta de construção do conhecimento coletivo seja para ensinar e aprender a partir das vivências das mulheres envolvidas no processo, assim como a discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos e o papel da mulher e sua família no evento do parto. A pretensão a partir dos resultados encontrados é difundir as informações/relatos para as mulheres de Eunápolis como forma de encorajamento e formação de uma rede de apoio de modo que as mulheres consigam parcerias e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, além de provocações com gestores e profissionais de saúde de modo a repensarem as ações para reformular as práticas a partir das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) pautadas nas boas práticas para o bom parto.

Palavras-chave: Prática educativa. Violência Obstétrica. Construção compartilhada.

ABSTRACT

The objective is to reflect on the importance of educational practice as a tool to confront obstetric violence. The theoretical-methodological foundation is based on the action research and Tripp's thinking, which has distinct and cyclical stages, based on situational diagnosis, exchange of knowledge and execution of actions and evaluation. The article is a clipping of a Master's research, in which it will be analyzed three reports of women who had their births in the same hospital in Eunápolis-Ba. The study is still in the analysis

¹ Mestra em Ensino e Relações Étnico-Raciais PPGER/ UFSB. Professora no IFBA-Campus Eunápolis-Ba, Brasil. E-mail: jeancristina123@gmail.com.

² Doutor em Educação pela UFBA. Professor da UFSB/CJA/CFCAF. Itabuna-Ba, Brasil. E-mail: notlimf@gmail.com.

phase of the reports, however it was possible to identify the social determinants in health and the intersections of gender, race and class, through the reports permeated by the unknowledge of women about the term obstetric violence, about routine, invasive and violent procedures shaped by the discourse of the biomedical model as necessary to save the lives of mother, or the baby or both. The educational practice proved to be effective as a tool for the construction of collective knowledge, in teaching and learning from the reports of all women involved in the process, as well as the discussion about sexual and reproductive rights and the role of women and their families in the event of childbirth. The claim from the results found will be the dissemination of this information/reports to women from Eunápolis as a way of encouraging and forming a support network so that women can achieve partnerships in ensuring sexual and reproductive rights, as well as, based on the reports of these women, they may cause discomfort among managers and health professionals so that they rethink their actions and (re)make practices based on the recommendations of the World Health Organization (WHO) in relation to good practices for good delivery.

Keywords: Educational practice. Obstetric Violence. Shared building.

1. INTRODUÇÃO

A assistência ao parto e ao nascimento no Brasil, por décadas, foi marcada por mudanças significativas levando ao processo de institucionalização, o qual propiciou a intensa medicalização do corpo da mulher, tornando-o fragmentado, despersonalizado e o evento do parto passa a ser avaliado como patológico, com isso desencadeou diversas intervenções desnecessárias tanto para a mulher como para o bebê (TORRES, 2008; AGUIAR, 2013).

A prática do cuidado integral, gradativamente, foi substituída por tecnologias complexas com a pretensão de tratar o corpo defeituoso da mulher, o qual não é mais capaz de parir sem as intervenções do modelo biomédico, a gestação deixa de ser um evento fisiológico e passa a necessitar de controles excessivos e de cura (TORRES, 2008).

A partir de então a mulher passa a ser secundária na cena do parto e nascimento. Fica sujeita ao controle do ambiente, cercada por ordens e protocolos institucionais, separando-a do contexto social e cultural, além de fazê-la acreditar não ser capaz de parir de maneira fisiológica, necessitando das intervenções médica (TORRES, 2008; AGUIAR, 2013).

A dominação dos profissionais de saúde, a partir do exercício da sua autoridade técnico-científica e respaldados nas relações de poder e desigualdade entre as usuárias/mulheres, empregam a autoridade para manter

a obediência às regras, desfazendo as interações interpessoais, ocasionando a fragilidade de vínculos entre as parturientes e a ruptura de confiança no cuidado prestado, de modo a desencadear em perda da autonomia da mulher em decidir livremente sobre o seu corpo (TORRES, 2008; BELLÓN, 2015). Estas relações de autoridade unilateral torna-se um ambiente propício para estabelecer as diferentes formas de violência exercidas durante a assistência ao trabalho de parto e parto.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em todas as partes do mundo as mulheres são assistidas de maneira violenta, passam por situações de maus tratos, desrespeito, abusos, negligências, violação dos direitos humanos por profissionais de saúde, sendo mais frequentes durante a assistência ao parto e ao nascimento (OMS, 2014).

Sistematicamente, nas salas obstétricas, as mulheres são encontradas em situações desconfortáveis, desrespeitosas, ficam seminuas na presença de estranhos, sozinhas em um ambiente desconhecido, em posições de submissão total, com as pernas abertas e levantadas, a genitália exposta, frequentemente são separadas dos filhos logo após o nascimento (FERNANDEZ, 2015).

Os relatos de violação dos direitos sexuais e reprodutivos são frequentes tais como: negação à presença do acompanhante de escolha da mulher; negar informações às mulheres sobre os diferentes procedimentos executados durante a assistência; realizar parto cesáreo sem indicação clínica; privar o direito à alimentação e à deambulação; exames vaginais frequentes e dolorosos sem justificativa; uso frequente de ocitocina para acelerar o trabalho de parto; realizar a episiotomia sem consentimento da mulher; manobra de Kristeller; esses eventos podem acarretar danos permanentes de ordem física, mental e emocional (JARDIM, 2018).

Situações como estas atingem, principalmente, mulheres com baixo nível socioeconômico, as mulheres negras e outras minorias expostas ao poder institucional e profissional e de modo opressor, excluindo as particularidades das mulheres condições necessárias para organizar a assistência pautada no exercício da cidadania plena da mulher (AGUIAR, 2013).

Outra questão discutida pelos autores que buscam compreender a violência obstétrica diz respeito aos fatores estereotipados de gênero

socialmente construído os quais colocam a mulher como o sexo frágil que precisa ser tutelada pela figura masculina, nesse caso o médico, o qual irá transformar o parto em um evento centralizado no profissional com práticas violentas. (JARDIM, 2018).

Diante destas observações, surge a questão norteadora do estudo: Como a educação em saúde pode ser uma estratégia de enfrentamento para violência obstétrica?

Justifica-se o estudo dada a necessidade de compreender os tipos de violência obstétrica vivenciada pelas três mulheres participantes da pesquisa e como a educação em saúde pode ser uma estratégia para o enfrentamento dessas violações de direitos sexuais e reprodutivos. Espera-se que, por meio das rodas de conversa das trocas de saberes e experiências, as mulheres possam compreender a violência obstétrica como uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos e a partir do conhecimento trocado possam formar uma rede de apoio e desse modo possam acionar os órgãos e ou serviços quando ocorrer a violação desses direitos.

Nesse sentido, a pesquisa objetiva refletir sobre a importância da prática educativa como ferramenta para o enfrentamento da violência obstétrica.

2. CAMINHOS PERCORRIDOS PARA DESVELAR A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM EUNÁPOLIS

A metodologia usada foi a da pesquisa-ação. Segundo Thiollent (2002, p. 14):

[...] é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

A pesquisa-ação apresenta diferentes formas de investigação-ação, sendo uma tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada para aprimorar a prática. (TRIPP, 2005). A pesquisa-ação mostrou-se uma abordagem pertinente para investigar a partir dos relatos das mulheres que já

vivenciaram o parto e são atendidas no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

O estudo foi desenvolvido no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) pertencente ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esta Unidade fica localizada em um bairro bastante populoso do município de Eunápolis, situado no Extremo Sul da Bahia, distante 641 km da capital baiana, Salvador. Este Centro está em funcionamento desde 2016. A equipe é composta por três Assistentes Sociais, um Psicólogo, uma Auxiliar de Serviços Gerais, uma Cozinheira, duas Educadoras Sociais, um Vigilante, uma Recepcionista, uma Assistente Administrativa, uma Oficineira/Artesã.

A assistência prestada à população são os serviços de acompanhamento que visam direcionar as famílias para participarem de planos assistenciais, como os programas sociais de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo (SCFV). As mulheres colaboradoras do estudo participam das atividades da oficina de artesanato, com o projeto intitulado “mãos que fazem da vida uma arte”. Os encontros aconteciam com regularidade e frequência, essa foi uma estratégia para escolha do grupo. A oficina acontecia sempre às sextas-feiras, com a participação de 13 mulheres e uma artesã. No entanto para este estudo serão analisados três relatos.

O método de abordagem para construção dos dados, foi a observação, as rodas de conversa, a entrevista semi estruturada e o questionário. Este artigo é um recorte da pesquisa de mestrado e contém três relatos de mulheres.

A observação, como técnica de coleta de dados empíricos na pesquisa qualitativa, é discutida por vários autores, entre os quais HAGUETTE (2010), MINAYO (1994), TRIVIÑOS (1987), LUDKE; ANDRÉ (1986). Como forma de captar a realidade empírica para tornar os achados válidos e fidedignos, é necessário um planejamento quanto ao que será observado e como se dará a observação, assim como pela possibilidade de captar uma variedade de situações às quais não se teria acesso somente por meio de perguntas às mulheres.

Outro instrumento de produção de informação utilizado foi o questionário, instrumento definido por Marconi e Lakatos da seguinte forma:

O questionário é um instrumento desenvolvido cientificamente, composto de um conjunto de perguntas ordenadas de acordo com um critério predeterminado, que deve ser respondido sem a presença do entrevistador e tem por objetivo coletar dados de um grupo de respondentes (MARCONI; LAKATOS, 1999, p.100).

As entrevistas semi-estruturadas, algumas foram gravadas em áudio, o instrumento foi expresso no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e posteriormente transcritas e classificadas. Foi necessário organizar um roteiro com perguntas disparadoras, a fim de avivar as memórias, as vivências das mulheres durante as experiências no processo parturitivo. Segundo Manzini,

[...] a entrevista semi-estruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. [...] esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas (MANZINI, 1990/1991, p. 154).

A partir das dúvidas e questionamentos das mulheres revelados com as respostas do questionário e durante a entrevista foi elaborado um roteiro de discussão durante as rodas de conversa. Os temas foram definidos coletivamente a saber: violência obstétrica, direitos sexuais e reprodutivos, cuidados necessários para o bom parto, e sobre os órgãos/serviços os quais devem ser acionados em caso de violação dos direitos, exibição de vídeo/documentário sobre as experiências de partos violentos e parto com assistência humanizada. Os temas foram abordados individualmente, cada encontro tinha uma duração média de duas horas e trinta minutos, era disponibilizado um momento para discussão sobre a temática e também para a partilha entre sons e silêncio de experiências e trajetórias narrada por cada mulher.

Para manter o sigilo e respeito às mulheres, optei por utilizar outros nomes de mulheres na tentativa de homenageá-las, acrescido da letra P, para indicar já ter passado pelo parto e um número de acordo a sequência das entrevistas, como por exemplo (Lia. P.2)

3. RESULTADOS

As mulheres estão na faixa etária entre 18 a 24 anos de idade. As três vivem em união estável (apesar de civilmente estarem solteiras). Quanto à escolaridade, só uma concluiu o ensino médio, as outras duas fizeram o ensino médio incompleto. Duas se autodeclararam como negra e a outra como branca. A renda familiar, duas declararam não ter renda, sobrevivem com o auxílio do bolsa família e ajuda de familiares e a outra sobrevive com um salário mínimo recebido pelo marido. A religião, uma é católica, uma protestante, e a outra de matriz africana.

Quanto ao número de gestação: uma tem três filhos e nenhum aborto, as outras duas com duas gestações, sendo um filho e um aborto cada uma delas. As três tiveram partos vaginais.

O conhecimento delas sobre a violência obstétrica (VO): duas relataram não saber o que é a VO, e a outra acredita que VO é quando o bebê passa da hora de nascer. As três começaram a entrevista dizendo não ter sofrido violência obstétrica, no entanto a proporção que ocorria os esclarecimentos quanto às perguntas do questionário, elas conseguiram identificar situações como de abandono e maus-tratos, negação do direito ao acompanhante. A partir dessas descobertas e com as rodas de conversas e a partilha das informações as mulheres conseguiram identificar e até mesmo recordar fatos que vivenciaram e não entendiam ser violência obstétrica de tão naturalizados e recorrentes, ou seja, as três ficaram expostas a diversas violências durante o processo parturitivo.

Principais tipos de VO sofridas por estas mulheres: duas delas sofreram Manobras de Kristeller³; nenhuma recebeu alívio para dor; duas delas receberam exame de toque sucessivo e doloroso; as três vivenciaram situações de descaso, abandono, negação do direito ao acompanhante e episiotomia⁴, foram

³ Manobra de Kristeller-consiste na compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto objetivando a sua abreviação <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29744/2/DEIXAR%20DE%20FAZER%20MANOBRA%20DE%20KRISTELLER.pdf>

⁴ Episiotomia é uma incisão cirúrgica realizada no períneo da mulher no momento da expulsão – segundo período do parto. Tortora GJ. Corpo humano fundamentos de anatomia e fisiologia. 4ª ed. São Paulo (SP): ArtMed; 2003.

submetidas ao jejum por mais de 48 horas, inclusive negação de água, também receberam soro com ocitocina.

Em relação aos profissionais de saúde que praticaram a violência obstétrica foram citados por elas, para as três os médicos, e para uma delas além do médico a enfermeira.

Algumas narrativas:

[...] Eu pari em 2018 e não pude levar acompanhante, eles dizem que pode, mas é mentira! Quando chega lá não deixa subir, dizendo que o hospital não tem espaço para ficar acompanhante [...] se eu soubesse da lei tinha brigado pelo meu direito...porque não falaram sobre essa lei lá no pré-natal, né [...] (Lótus. P.13).

[...] empurraram tanto a minha barriga, eu não tava aguentando nem respirar direito, meu filho saiu todo roxo, depois tive uma hemorragia, foi tanto sangue que pensei que ia morrer ali mesmo [...] (Lia. P. 8).

[...] foi muito sofrimento, tive uma hemorragia, subiram na minha barriga [...] deram tantos pontos, ficou tudo horrível, tenho tanto medo de engravidar novamente que não tenho nem vontade de ter relação com meu marido [...] (Elis. P.1).

[...] Fiquei em trabalho de parto por mais de 12 horas, não me deram nem água, eu já estava tonta de tanta dor e fome, depois ainda reclamaram comigo dizendo que eu não estava ajudando, que não estava colocar força, mas como eu ia ter força? (Lótus P.13).

[...] Eu queria um parto sem intervenção nenhuma, natural mesmo, sabe! mas eles não escutam a gente, fizeram todo tipo de intervenção que eu não queria. Uma frustração, além de tanta dor [...] Lia. P.8

4. DISCUSSÃO

Inicialmente, para a compreensão da VO, é necessário a contextualização e a tipificação desse fenômeno, a qual ocorre em diferentes espaços de assistência à mulher, podendo ocorrer durante a gestação, parto e no pós parto ou puerpério, assim como em situações que envolvem o abortamento e durante a assistência ao ciclo reprodutivo (JARDINS, 2018).

A Violência obstétrica é uma expressão que agrupa as formas de violência e danos originados dos cuidados prestados ou negação desses, pela equipe de

saúde durante o processo parturitivo. A expressão designa um conjunto de atos, práticas e situações com sólido respaldo em um arcabouço de pesquisas acadêmicas que reconhecem objetividade, relevância e especificidade à mesma (DINIZ, 2015).

Através da análise das narrativas das mulheres e das informações obtidas com as respostas do questionário foi possível identificar o desconhecimento das mulheres sobre a temática da VO, assim como alguns procedimentos violentos e desnecessários são entendidos e citados por estas mulheres como necessárias devido a naturalização e uso rotineiro durante o trabalho de parto e parto. Foi possível identificar, também, diversas violações dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres participantes deste estudo.

Alguns estudos apontam que a ausência ou negativa de informação, assim como informar de maneira fragmentada ou confusa tem uma repercussão para a VO, muitas mulheres expressam o desejo de ter acesso às informações antes do parto, querem saber quais serão os procedimentos mais adequados e necessários durante o parto, assim como saber quais são os procedimentos desnecessários e prejudiciais que caracterizam a violência obstétrica (GUIMARÃES, et al., 2018).

A realidade vivenciada pelas mulheres de Eunápolis é muito parecida com outras mulheres em diversas regiões do País. No entanto, alguns determinantes sociais como o racismo, o sexismo e a diferença de classe social aparecem como agravantes para o sofrimento das mulheres durante o processo parturitivo.

A Pesquisa Nascer no Brasil 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. A pesquisa identificou experiências de violências verbal, física e psicológica. Esses achados denunciam uma prática institucional excludente denominada Racismo Institucional (VIELLAS, 2014).

Para a pesquisadora Emanuelle Góes (2016) a VO tem um grande problema o SER, mulher negra jovem de periferia, estas categorias sociais/identitárias definem ou ajudam muito na decisão do profissional de como

serão tratadas as pessoas que acessam os serviços de saúde, principalmente para mulheres durante o processo parturitivo (GOES, 2016).

Os relatos das mulheres, o perfil sociodemográfico corroboram para os dados encontrados pelas pesquisadoras Viellas e Emanuelle. Os dados desta pesquisa também trazem evidências sobre o racismo institucional durante a assistência prestada à essas mulheres.

Não existe base científica para justificar os maus tratos, as violências sofridas por estas mulheres durante o trabalho de parto e o parto. Não tem justificativa para um jejum de 48 horas, inclusive de água, o uso de ocitocina de rotina, a manobra de kristeller, a episiotomia, não receber nenhum alívio para dor, os exames de toque repetitivos e dolorosos, a negativa do direito ao acompanhante, pelo contrário, todas essas intervenções e ou negação são consideradas inadequadas pela OMS, classificando-as como claramente prejudiciais e ou ineficazes e que devem ser eliminadas (OMS, 2018).

Este contexto abrange situações expressas em atos negligentes, abusivos, imprudentes, omissos, discriminatórios e desrespeitosos, fundados em relações de poder e autoridade exercidas, pelos profissionais de saúde. Tais violações são inaceitáveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu novas diretrizes para estabelecer padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias, nas quais recomenda que as equipes médicas e de enfermagem não interfiram no trabalho de parto de uma mulher de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos reais de complicações (OMS, 2018).

No momento do parto a mulher passa por muitas emoções, é imprescindível garantir o direito do acompanhante de escolha da mulher, é também importante que este/esta acompanhante participe das consultas de pré-natal, tire as dúvidas, fique preparado para o momento do parto, a presença do acompanhante pode ser considerada um marcador de segurança e qualidade do atendimento, e um indicador da incorporação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como a integralidade dos cuidados de saúde, a universalidade, a equidade e a humanização (DINIZ, 2014).

Apesar do não conhecimento do termo violência obstétrica por parte das mulheres participantes da pesquisa, elas conseguiram identificar os maus tratos,

o abandono e as atitudes grosseiras dos profissionais de saúde como desnecessárias e como forma de deixá-las fragilizadas. No entanto demonstraram surpresa quando foram apresentados os tipos de violência obstétrica que usualmente são realizadas de maneira rotineira e naturalizadas nos serviços. Durante as rodas de conversa conseguiram tirar as dúvidas, partilhar das suas experiências. Reconheceram a atividade educativa como de muita relevância para o empoderamento das mulheres, momento de fortalecimento do grupo e de articulação para buscar os direitos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da pesquisa possibilitou trazer dados do município de Eunápolis sobre a violência obstétrica, identificando as formas física, verbal e psicológica como as principais praticadas por médicos e enfermeiras durante o trabalho de parto e parto. Foi possível identificar as consequências da VO para e na vida dessas mulheres e como a educação em saúde pode ser uma ferramenta potente para esclarecer, ouvir, compartilhar e articular uma rede de apoio para as mulheres.

O desconhecimento das mulheres sobre os direitos sexuais e reprodutivos demonstra uma fragilidade na abordagem durante as consultas de pré-natal, assim como o acesso limitado dessas mulheres a outros meios de informação, impactando negativamente nas tomadas de decisões, deixando-as mais vulneráveis e expostas.

As práticas realizadas pelos profissionais de saúde são permeadas de significados culturais estereotipados, evidenciando a desvalorização e submissão da mulher, atravessadas pelo modelo biomédico, fragmentando o corpo da mulher, marcado pelo racismo institucional. Esses significados permitem às conjunturas a eternização desse tipo de violência que não deve ser compreendida como reflexo das precárias condições de trabalho dos profissionais.

As violências predominantes nos relatos das mulheres foram a dor, o abandono, as intervenções desnecessárias (manobra de Kristeller, episiotomia, uso de ocitocina) ausência de acompanhante, a posição litotômica, a privação

de alimento e água, foram as principais formas de violência obstétrica sofridas pelas mulheres entrevistadas.

O estudo permitiu verificar que a violência obstétrica é recorrente durante as práticas realizadas pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto. Tais práticas são desaconselhadas e prejudiciais às mulheres e bebê, portanto, devem ser substituídas pelas práticas recomendadas pela OMS. Garantindo um atendimento mais respeitoso, com autonomia da mulher e participação da família.

A educação em saúde mostrou-se como uma importante ferramenta para o enfrentamento das práticas excludentes resultantes em maiores taxas de morbimortalidade, das iniquidades sociais para as mulheres vítimas de violência obstétrica. Entende-se a educação em saúde como uma oportunidade de despertar nessas mulheres, em seus/suas companheiro(a)s e familiares a partir do conhecimento e troca de experiências uma possibilidade de vivenciar o parto de maneira mais prazerosa, com a participação ativa da mulher e consequentemente com menos intervenções e com melhor desfecho para a mãe e bebê, além de oportunizar o debate sobre os mecanismos necessários para acionar a justiça em caso de violação dos dos direitos sexuais e reprodutivos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2013. 215 f. Tese (Doutorado em Medicina) Programa de Pós Graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2013.

BELLON; S. S. Obstetric violence from the contributions of feminist criticism and biopolitics. **Dilemata Int J Appl Ethics**. [Internet]. 2015 May [cited abril 15, 2020 18]:93-111. Disponível: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>. Acesso: 15 abr. 2020.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 19(2), 2014, p. 313-326.

DINIZ, S.G, Salgado. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.** 2015; 25(3):377-84.

FERNÁNDEZ, G. F. **What is obstetric violence?** Some social, ethical and legal aspects. *Dilemata Int J Appl Ethics*. [Internet]. 2015 May [cited abril 15, 2020];7(18):113-28. Disponível: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375/380>. Acesso: 15 abr. 2020.

GOES, Emanuelle. **Violência obstétrica e o viés racial.** 2016. Disponível: <https://cientistasfeministas.wordpress.com/2016/08/17/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/>. Acesso: 20 set. 2019.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologia qualitativas na sociologia.** 12 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2018; 26: e 3069. Disponível: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf. Acesso: 13 mai. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>.

MARCONI. M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1999.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MINAYO, M. C. de S. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

GUIMARÃES LBE, JONAS E, AMARAL LROG. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista Estudos Feministas**, 2018; 26(1): e43278.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA, 1986.

Organização Mundial da Saúde – OMS. (2014). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra: Autor. Disponível: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf Acesso: 14 dez. 2019.

TORRES JA, Santos I, Vargens OMC. Constructing a care technology conception in obstetric nursing: a sociopoetic study. **Texto Contexto Enferm.** [Internet]. 2008 Dec [cited fev, 2020];17(4):656-64. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/05.pdf>. Acesso: 20 fev. 2020.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2002.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**. Trad. de Lólio Lourenço de Oliveira. São Paulo, v. 31, n. 3, set./dez. 2005, p. 443-466.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIELLAS, E. F, DOMINGUES RMSM, Dias MAB, Gama, S. G. N, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública** 2014; 30 Suppl 1:S85-100.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth**. [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited Jun 12 2020]. Disponível: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1. Acesso: 12 jun. 2020.