

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

HELLEN APARECIDA DE AZEVEDO-PEREIRA

**Violência institucional obstétrica no processo de amamentação:
análise sob a ótica racial.**

Ribeirão Preto

2023

HELLEN APARECIDA DE AZEVEDO-PEREIRA

Violência institucional obstétrica no processo de amamentação:

análise sob a ótica racial.

Versão Original

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Linha de Pesquisa: Saúde da mulher no ciclo vital.

Orientadora: Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Ribeirão Preto

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Azevedo-Pereira, Hellen Aparecida de

Violência institucional obstétrica no processo de amamentação: análise sob a ótica racial. Ribeirão Preto, 2023.

88p : il. ; 30 cm

Versão original.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Nome: Hellen Aparecida de Azevedo Pereira

Título: Violência institucional obstétrica no processo de amamentação: análise sob a ótica racial.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Aprovado em: ___/___/___

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Julgamento: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus que me sustentou até aqui, à minha ancestralidade que abriu caminhos. À minha família e, em especial, meu filho Eduardo, meu marido Odair e minha mãe Maria, meus maiores apoiadores.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me sustentou até aqui e à minha ancestralidade que possibilitou através de lutas e vivências a abertura de caminhos para que eu pudesse chegar e avançar para aqueles que vierem depois de mim.

À minha orientadora, Prof. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro, que me guiou pelos caminhos da pós-graduação e me acolheu com amizade, sinceridade, carinho e conforto, que é representatividade e exemplo da força da mulher negra enquanto potência no mundo.

Ao meu filho Eduardo que me inspira a ser cada dia melhor, que me faz entender que a comunicação está muito para além das palavras e que o amor transcende as dificuldades e os desafios, que em todo o processo me ofereceu abraços curativos em momentos que eu não percebia que precisava.

Ao meu marido Odair que me apoiou em todas as escolhas e me confortou a cada tropeço, que foi aconchego, abrigo e cuidado em todo o processo. Que me ofereceu escuta e incentivo a cada passo. Obrigada por embarcar em discussões intensas sobre cada conceito, teoria e pensamento novo que fomos adquirindo.

À minha mãe Maria, mulher negra, forte, que em sua simplicidade nunca duvidou da minha capacidade mesmo quando eu duvidei, ver o orgulho que ela tem de mim me encoraja a crescer e evoluir diariamente. Meu porto seguro, lugar de aconchego sempre.

Aos meus irmãos Elton e Junior, meus exemplos de força e perseverança, que se colocaram à disposição para oferecer apoio quando precisei e que trazem humor quando tudo parece bagunçado.

À minha avó Alzira (*in memoriam*) que com seu jeito único me ensinou a ser forte e que família, ou seja, pessoas que nos amam e as quais amamos, são um bem muito precioso e devemos zelar por ela.

Às minhas cunhadas, aos meus sobrinhos e afilhados, em especial Juan, Pyetro e Manuella. Ser escolhida para ser madrinha de vocês me incentiva a ser uma pessoa melhor.

Aos tios e tias, primos e primas que foram alento nos momentos de cansaço.

Aos amigos que trago ao longo da vida, em especial a Priscila, a Karen e a Thamiris pelas conversas e encontros, bates papos e troca de mensagens.

Aos amigos que a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto colocou em meus caminhos na graduação e que ainda hoje são a melhor “panelinha” da Turma 55, obrigada Ana Caroline, Janaina, Tatiana, Ana Laura Lara, Mariana e Francine por todas as viagens, encontros e conversas.

Aos amigos que a pós-graduação me trouxe, em especial aos amigos do Clã da Ju Monteiro e a Kisa, que me proporcionaram muitas trocas acadêmicas e pessoais.

À Profª Dra Angelina Lettiere e a OSC Casa da Mulher que me acolheram e abraçaram durante minha participação em um projeto de extensão, e a formação das Promotoras Legais Populares que contribuíram com um conhecimento que amplificou meus horizontes.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

AZEVEDO-PEREIRA, Hellen Aparecida de. Violência institucional obstétrica no processo de amamentação: análise sob a ótica racial. 2023. 88p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Introdução: As violências podem atingir de maneiras diversas os diferentes seguimentos populacionais. As mulheres negras têm maior probabilidade de sofrerem violência institucional obstétrica e podem apresentar maiores desafios para iniciar e manter o aleitamento materno. **Objetivos:** Identificar a ocorrência da violência institucional obstétrica entre as participantes; identificar o aleitamento materno exclusivo; verificar a existência de associação entre a violência obstétrica e o quesito raça/cor; verificar a existência de associação entre a violência obstétrica e a duração do aleitamento materno exclusivo e; verificar a existência de associação entre o aleitamento materno exclusivo e a raça/cor autorreferida, para as mulheres que sofreram violência institucional obstétrica. **Material e método:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e analítico, que teve a coleta de dados realizada de forma *online*, através das mídias sociais no período de novembro de 2020 a fevereiro de 2021. A amostra foi definida por conveniência, tendo como critério de inclusão: mulheres que estavam com seis meses pós-parto, que tinham acesso a mídias sociais com uso de smartphone e que aceitaram o convite *online* para a pesquisa; e os critérios de exclusão foram: mulheres com filhos que necessitavam de cuidados especiais para amamentação, com patologias que impediam a amamentação e com deficiência auditiva, visual ou cognitiva. Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: o primeiro sobre os dados de identificação e caracterização das participantes, o segundo foi o Questionário de Avaliação de Violência no Parto, e o terceiro sobre amamentação. Para análise dos dados foi utilizado o software R, versão 4.0.4 e considerado o nível de significância 5% ($p < 0,05$). O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Participaram do estudo 241 mulheres com idade média de 31,97, a maioria brancas, pós-graduada, com religião, exercendo trabalho remunerado fora do lar, com companheiro e casa própria. Em sua maioria provenientes da região sudeste, recebendo de 4 até 20 salários mínimos e recebendo ajuda nos cuidados para com a criança. A maioria das mulheres, 71,37%, estava em aleitamento exclusivo. A maioria das mulheres, 88,80%, foram identificadas como tendo sofrido violência institucional obstétrica, dentre elas 28,97% eram negras e 71,03% não negras. Não houve associação significativa entre as variáveis violência obstétrica e raça/cor ($p = 0,8811$). Dentre as que sofreram violência obstétrica ($n = 214$), 70,09% estavam realizando aleitamento exclusivo; para a associação dessas duas variáveis não houve resultado estatisticamente significativo ($p = 0,15662$). Para essas mulheres, a associação entre aleitamento materno exclusivo e a variável raça/cor não apresentou resultado estatisticamente significativo ($p = 0,822$). Verificou-se ainda que, para as mulheres que sofreram violência, houve associação significativa entre a raça/cor e o nível de escolaridade ($p < 0,001$) e a renda ($p < 0,001$). **Conclusões:** A violência institucional obstétrica foi expressiva no presente estudo e, embora os resultados não tenham apresentado associação com o aleitamento materno e com a raça/cor, sabe-se que essa violência, assim como o racismo, tem influência deletéria na saúde e segurança materna. Assim, sugerem-se novas pesquisas que considerem a ótica racial e a interseccionalidade, além de educação continuada para os profissionais que prestam assistência às mulheres, afim de melhorar os indicadores de saúde e de promover uma maternidade segura e um processo de aleitamento materno favorável.

Palavras chave: Violência obstétrica. Aleitamento materno. População negra. Racismo.

ABSTRACT

AZEVEDO-PEREIRA, Hellen Aparecida de. Institutional obstetric violence in the breastfeeding process: analysis from a racial perspective. 2023. 88p. Dissertation (Master of Science) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Introduction: The violence can affect different population segments in different ways. With regard to the population of black women, they are more likely to suffer institutional obstetric violence. In addition, black women may have greater challenges in initiating and maintaining breastfeeding. **Objectives:** To identify the occurrence of institutional obstetric violence among the participants; identify exclusive breastfeeding; verify the existence of an association between institutional obstetric violence and the race/skin color element; verify the existence of an association between institutional obstetric violence and the duration of exclusive breastfeeding; and to verify the existence of an association between exclusive breastfeeding and self-reported race/skin color, for women who suffered institutional obstetric violence. **Material and method:** This is an observational, cross-sectional, descriptive and analytical study, which had data collected online, with the recruitment of participants through social media, from November 2020 to February 2021. The sample was defined by convenience, having as inclusion criteria: women who were six months postpartum, who had access to social media using a smartphone and who accepted the online invitation to the survey; and the exclusion criteria were: women with children who needed special care for breastfeeding, with pathologies that prevented breastfeeding and with hearing, visual or cognitive impairment. Three instruments were used for data collection: the first on the identification data and characterization of the participants; the second was the Questionnaire for the Assessment of Violence during Childbirth (“Questionário de Avaliação de Violência no Parto”), and the third was about breastfeeding. For data analysis, the R software, version 4.0.4, was used and a significance level of 5% ($p < 0.05$) was considered. The study was approved by the Research Ethics Committee linked to the National Research Ethics Committee. **Results:** The study included 241 women with an average age of 31.97 years, most of them white, post-graduated, religious, working outside the home, with a partner and own house. Mostly from the southeast region, receiving from 4 to 20 minimum wages and receiving help with child care. Most women, 71.37%, were exclusively breastfeeding at the time of data collection. Most women, 88.80%, were identified as having suffered institutional obstetric violence, among them 28.97% were black and 71.03% non-black. There was no significant association between the institutional obstetric violence and race/skin color variables ($p = 0.8811$). Among the women who suffered obstetric violence ($n = 214$), 70.09% were exclusively breastfeeding; for the association of these two variables, there was no statistically significant result ($p = 0.15662$). For these women, the association between exclusive breastfeeding and the race/skin color variable did not show a statistically significant result ($p = 0.822$). It was also found that, for women who suffered violence, there was a significant association between race/skin color and education level ($p < 0.001$) and income ($p < 0.001$). **Conclusions:** Institutional obstetric violence was significant in the present study and, although the results did not show an association with breastfeeding and the race/skin color of the participants, it is known that this violence, as well as racism, has a deleterious influence on maternal health and security. Thus, further research on the subject is suggested, which considers the racial perspective and intersectionality, in addition to continuing education for professionals who assist women, in order to improve health indicators, and promote safe motherhood and a favorable breastfeeding process.

Keywords: Obstetric violence. Breastfeeding. Black population. Racism.

RESUMEN

AZEVEDO-PEREIRA, Hellen Aparecida de. Violencia obstétrica institucional en el proceso de lactancia materna: análisis desde una perspectiva racial. 2023. 88p. Disertación (Maestría en Ciencias) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Introducción: La violencia pueden afectar a diversos segmentos de la población de múltiples maneras. En lo que se refiere a la población de mujeres negras, ellas son más propensas a sufrir violencia obstétrica institucional. Además, las mujeres negras pueden enfrentar mayores desafíos para iniciar y mantener la lactancia materna. **Objetivos:** Identificar la ocurrencia de violencia obstétrica institucional entre las participantes; identificar la lactancia materna exclusiva; verificar la existencia de la asociación entre la violencia institucional obstétrica y la cuestión raza/color; verificar la existencia de la asociación entre la violencia obstétrica institucional y la duración de la lactancia materna exclusiva; y verificar la existencia de la asociación entre lactancia materna exclusiva y la raza/color autorreferidos, para mujeres que sufrieron violencia institucional obstétrica. **Material y método:** Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico, que contó con recolección de datos hecha en línea, con la captación de participantes a través de redes sociales de noviembre de 2020 a febrero de 2021. La muestra se definió por conveniencia, teniendo como criterios de inclusión: mujeres que tenían seis meses de posparto, que tenían acceso a las redes sociales a través de un teléfono inteligente (*smartphone*) y que aceptaron la invitación en línea para hacer parte de la investigación; y los criterios de exclusión fueron: mujeres con hijos que necesitaran cuidados especiales para la lactancia, con patologías que impidieran la lactancia y con deficiencia auditiva, visual o cognitiva. Para la recolección de datos se utilizaron tres instrumentos: el primero sobre los datos de identificación y caracterización de los participantes; el segundo fue el Cuestionario de Evaluación de la Violencia en el Parto, y el tercero fue sobre la lactancia materna. Para el análisis de los datos se utilizó el software R, versión 4.0.4 y se consideró un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación vinculado al Comité Nacional de Ética en Investigación. Resultados: Se incluyeron en el estudio 241 mujeres con edad promedio de 31,97 años, en su mayoría blancas, con posgrado, con alguna religión, que tienen trabajo remunerado fuera del hogar, con pareja y casa propia. En su mayoría las participantes son de la región sureste, cuentan con un total de 4 a 20 salarios mínimos y reciben ayuda con el cuidado de los niños. La mayoría de las mujeres, 71,37%, estaban en lactancia materna exclusiva en el momento de la recolección de datos. La mayoría de las mujeres, el 88,80%, fueron identificadas como víctimas de violencia institucional obstétrica, entre ellas el 28,97% eran negras y el 71,03% no negras. No hubo asociación significativa entre las variables violencia institucional obstétrica y raza/color ($p = 0,8811$). Entre las mujeres que sufrieron violencia obstétrica ($n = 214$), 70,09% estaban en lactancia materna exclusiva; para la asociación de estas dos variables no hubo resultado estadísticamente significativo ($p = 0,15662$). Para estas mujeres, la asociación entre lactancia materna exclusiva y la variable raza/color no mostró resultado estadísticamente significativo ($p = 0,822$). También se encontró que, para las mujeres que sufrieron violencia, hubo una asociación significativa entre la raza/color y el nivel de educación ($p < 0,001$) y de ingresos ($p < 0,001$). **Conclusiones:** La violencia obstétrica institucional fue significativa en el presente estudio y, aunque los resultados no mostraron asociación con la lactancia materna y la raza/color de las participantes, se sabe que esta violencia, al igual que el racismo, tiene una influencia deletérea en la salud y en la seguridad materna. Así, se sugiere profundizar la investigación sobre el tema, llevando en consideración la perspectiva racial y la interseccionalidad, así como la educación permanente de los profesionales que prestan asistencia a la mujer, con el fin de mejorar los indicadores de salud y promover una maternidad segura y un proceso de lactancia favorable.

Palabras clave: Violencia obstétrica. Lactancia materna. Población negra. Racismo.

LISTA DE TABELA

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo.....	38
Tabela 2. Características obstétricas das participantes do estudo.....	40
Tabela 3. Características dos recém-nascidos das participantes.....	40
Tabela 4. Caracterização da amamentação das mulheres participantes do estudo.....	41
Tabela 5. Caracterização de procedimentos realizados no período intraparto das participantes da pesquisa.....	42
Tabela 6. Associação entre as variáveis violência institucional obstétrica e raça/cor autorreferida pelas participantes.....	44
Tabela 7. Análise da associação entre as variáveis sociodemográficas selecionadas pelo modelo estatístico e a raça/cor auto referida pelas mulheres que sofreram violência obstétrica.....	45
Tabela 8. Experiência de intensidade de vivência das mulheres que sofreram violência obstétrica de acordo com a raça/cor.....	46
Tabela 9. Experiência de intensidade de sentimento das mulheres que sofreram violência obstétrica de acordo com a raça/cor.....	47
Tabela 10. Associação entre as variáveis de experiências de intensidade de vivência e sentimento e raça/cor para as mulheres que sofreram violência institucional obstétrica.....	47
Tabela 11. Análise de associação entre o aleitamento materno exclusivo e a violência institucional obstétrica.	48
Tabela 12. Análise de associação entre o aleitamento materno exclusivo e a raça/cor autorreferida para as mulheres que sofreram violência obstétrica.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS – **Organização** Mundial da Saúde

IPEA – **Instituto** de Pesquisa Econômica Aplicada

FBSP – **Fórum** Brasileiro de Segurança Pública

IJSN – **Instituto** José dos Santos Neves

SIM – **Sistema** de Informação sobre Mortalidade

Sinam – **Sistema** de Informação de Agravos de Notificação

OPAS – **Organização** Pan-Americana da Saúde

IBGE – **Instituto** Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - **Ministério** da Saúde

ENANI – **Estudo** Nacional de Nutrição Infantil

UNICEF – **Fundo** das Nações Unidas para Infância

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO.....	19
1.1 Violência institucional obstétrica	20
1.2 Violência institucional obstétrica na assistência em aleitamento materno.....	23
1.3 Gênero, classe e raça	24
1.4 Interseccionalidade entre gênero, classe e raça	26
2. OBJETIVOS.....	29
2.1 Objetivo geral	29
2.2 Objetivos específicos.....	29
3. MATERIAL E MÉTODO	31
3.1 Tipo de estudo	31
3.2 População e amostra	31
3.3 Procedimentos para coleta de dados.....	31
3.4 Variáveis do estudo	32
3.4.1 Variável dependente	33
3.4.2 Variáveis independentes	33
3.5 Processamento e análise dos dados	34
3.6 Considerações éticas.....	35
4. RESULTADOS	37
4.1 Caracterização sociodemográfica.....	37
4.2 Caracterização obstétrica.....	37
4.3 Caracterização da amamentação.....	39
4.4 Caracterização de procedimentos realizados no período intraparto que caracterizam a violência obstétrica.....	41
4.5 Variável RAÇA/COR e a análise da violência institucional obstétrica de acordo com o quesito raça/cor.....	44
4.5.1 Análise das variáveis sociodemográficas e a raça/cor para as mulheres que sofreram violência institucional obstétrica.....	45
4.5.2 Resultado das experiências de Intensidade de Vivência e de Sentimento.....	45
4.6 Análises entre o aleitamento materno exclusivo e a raça/cor autorreferida, para as mulheres que sofreram violência obstétrica.....	47
5. DISCUSSÃO.....	50
6. CONCLUSÕES.....	60
APENDICES	71
ANEXOS.....	77

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira formada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 2011. A violência contra a mulher é uma área de interesse de estudo de longa data, mesmo antes da graduação, como uma tentativa de entender um pouco do contexto em que cresci e explorar formas de auxiliar o combate a este problema de saúde pública com efeitos deletérios para a sociedade como um todo e que afeta em especial as mulheres. Durante a graduação procurei pela professora dra. Zeyne Alves Pires Scherer, da EERP-USP, para tentar um projeto de iniciação científica na área de violência contra a mulher, que era uma das linhas de pesquisa da professora em questão, ela aceitou me orientar, porém estava com um projeto que queria dar continuidade e aceitei ainda que não estivesse ligado à violência. Para desenvolver este projeto fui pleiteada com uma bolsa de estudos, o que contribuiu para que eu pudesse encerrar um vínculo empregatício com uma empresa privada, garantindo assim que eu pudesse arcar com os meus custos durante a graduação, custos estes que não poderiam ser mantidos pelos meus pais, e me dedicar exclusivamente à faculdade. O projeto desenvolvido com a prof. Zeyne foi a respeito do hábito de fumar durante a internação em hospitais psiquiátricos. Apesar de ter sido muito gratificante não diminuí o desejo de trabalhar com as questões ligadas à violência contra a mulher. Após a formatura segui para a área assistencial hospitalar para adquirir experiência, permanecendo no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (HCFMRP) de 2012 até 2016. Trabalhei em dois setores dentro do HC, iniciando no setor de Hematologia e Quimioterapia no 6º andar até março de 2014, quando engravidei; como havia uma intensa manipulação de quimioterápicos e imunossupressores pelos enfermeiros fui transferida para Enfermaria Cirúrgica no 10º andar permanecendo até 2016, quando me desliguei do hospital a fim de permanecer mais tempo com o meu filho. Em 2017 restabeleci contato com a professora dra. Zeyne Alves Pires Scherer para participar do seu grupo de estudos sobre violência, o GREIVI- Grupo de Estudos Interdisciplinar de Violência, buscando uma maior aproximação com a temática de estudos sobre violência. A participação nesse grupo foi muito importante para expandir o conhecimento sobre os tipos e a natureza da violência, sobre como a mulher é atingida de diferentes formas por todas elas e sobre a influência direta na morbimortalidade feminina, além dos prejuízos e consequências que afetam toda uma rede ao seu redor e a sociedade. Combater as violências contra a mulher pode ser um caminho para mudanças reais, profundas e estruturais tão necessárias para a melhoria da saúde da população como um todo. Participei dos encontros durante um ano, no final de 2018 fui apresentada à professora dra Juliana Cristina dos Santos Monteiro, minha atual orientadora, após algumas reuniões, levantamentos e revisões da literatura chegamos ao tema atual que contemplava o que eu queria estudar, se encaixava na

linha de pesquisa da professora Juliana e ainda permitia uma abordagem de questões raciais. Os resultados certamente contribuirão para novos estudos nessa temática e para subsídios para fomentar o debate e desenvolvimento de políticas públicas efetivas no enfrentamento à violência contra a mulher. Tem sido um período bem intenso de aprendizados e descobertas, de construção e desconstrução também. Durante a graduação consegui bases sólidas para ser uma profissional de enfermagem capacitada e na pós-graduação além de fortalecer essas bases e construir novas como pesquisadora e docente, tive a oportunidade de conhecer e estabelecer pontes com a história da população negra que infelizmente não está descrita nos livros aos quais mais temos acesso durante a vida escolar. Apesar de nunca ter tido dúvida quanto a cor da minha pele, durante este período pude começar a me TORNAR uma mulher negra, me auto pronunciar e acessar o sentimento de pertencimento, bem como desenvolver uma consciência racial.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é considerada uma violação dos direitos humanos, tendo suas raízes nas iniquidades de gênero, sendo vista como um problema de saúde pública que afeta a saúde física e mental das mulheres de forma negativa; suas consequências não se restringem à vida das mulheres que passam por essa situação, pois seus custos sociais e econômicos afetam também a rede de pessoas ao seu redor e a sociedade como um todo (WHO, 2019). Durante a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, que ocorreu no ano de 1994, em Belém do Pará, também conhecida como Convenção Belém do Pará, a violência contra a mulher foi caracterizada como qualquer ato violento contra a mulher baseado no gênero e que gere morte, danos ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, no âmbito público ou privado (Convenção-Belém do Pará, 1994).

No Brasil, apesar da maior notoriedade da violência contra a mulher após a promulgação da Lei 11.340/2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, que visa criar mecanismos para inibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, a invisibilidade dos atos violentos ainda ceifa muitas vidas das mulheres (Brasil, 2006). A caracterização de violência utilizada nessa lei é semelhante ao da Convenção de Belém do Pará com o acréscimo do dano moral e patrimonial. O documento *Respect Women – preventing violence against women*, da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2019, aponta para o fato de que em todo o mundo cerca de 1 a cada 3 mulheres já sofreu violência física e/ ou sexual, destacando ainda que a violência contra a mulher é um dos impedimentos para que haja um desenvolvimento sustentável (WHO, 2019).

O Atlas da violência de 2021 divulgado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) e o Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN), traz que 3737 mulheres foram assassinadas no Brasil no ano de 2019, a pesquisa que utilizou os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinam) ressalta que houve uma queda de 17,3% do ano de 2018 para 2019, mas alerta para o fato de que esses números levam em conta todos os crimes violentos letais contra as mulheres e que não foi utilizada categoria analítica de gênero para analisar este números. Porém vale destacar que quando analisados os números de mortes violentas por causas indeterminadas entre as mulheres houve um aumento de 35,2% de 2018 para 2019. Outro fato apresentado no Atlas que chama a atenção é que 66% das mulheres que foram assassinadas em 2019, eram mulheres negras, e as mulheres negras (pretas e pardas) têm 1,7 vezes mais chances de sofrerem homicídio do que as mulheres brancas (IPEA, 2021).

A OMS ainda alerta para o fato de que durante emergências humanitárias as violências contra a mulher podem ser exacerbadas, levando até mesmo a formas adicionais de violência

(WHO, 2019). Tal fato foi evidenciado durante os dois primeiros anos da pandemia da covid-19, quando o aumento da violência contra a mulher foi constatado no mundo todo. Em março de 2020, a Organização Pan-Americana de Saúde emitiu um documento alertando para o aumento de casos de violência doméstica em alguns países como China, Reino Unido e Estados Unidos (OPAS,2020).

No Brasil, a pesquisa Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil, em sua terceira edição (2021), realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), apontou que uma a cada quatro mulheres com mais de 16 anos relatou ter sofrido algum tipo de violência durante a pandemia, 6,3% sofreram agressões físicas, 18,6% algum tipo de violência verbal, 8,5% foram ameaçadas, 5,4% sofreram ofensas sexuais ou tentativas de relação sexual forçada, 3,1% foram ameaçadas com arma branca ou de fogo e 2,4% foram espancadas ou sofreram tentativa de estrangulamento (FBSP, 2021). Algumas causas apontadas como fatores para o aumento dessa violência durante a pandemia são o maior tempo de convivência devido ao isolamento e confinamento em casa, aumento do estresse, desemprego e questões econômicas, além do menor acesso aos serviços e redes protetivas da mulher (OPAS,2020).

As mulheres estão expostas a violências de várias naturezas ao longo da vida e todas elas geram marcas e cicatrizes com consequências físicas, mentais, sociais e econômicas para as mulheres, para a família, para a comunidade e para a sociedade. A violência institucional obstétrica é uma das violências a qual a mulher pode ser exposta ao longo do seu ciclo vital.

1.1 Violência institucional obstétrica

A violência contra a mulher também pode ocorrer durante a assistência em saúde e a qualquer momento durante o seu ciclo vital. Segundo Azeredo e Schraiber (2017), a violência institucional relaciona-se à forma como se estrutura a relação entre profissional e usuário, sendo o profissional detentor de informações que são negadas ao usuário como forma de manter o controle sobre o mesmo. O usuário, por sua vez, tem o conhecimento sobre o seu próprio corpo ignorado no processo de construção de sua assistência (AZEREDO e SCHRAIBER, 2017). Especificamente com relação à violência institucional obstétrica, esta ocorre durante o ciclo gravídico-puerperal e abortamento e, assim como qualquer outro tipo de violência, é complexa, multifatorial e com influência direta na morbimortalidade do binômio mãe-filho. (SILVA et al, 2018; LANSKY et al., 2019).

Os danos sofridos pelas mulheres durante o cuidado obstétrico profissional por violência podem ser caracterizados pela expressão “violência obstétrica”. Sendo utilizado também os termos violência no parto, violência institucional ou estrutural na atenção ao parto e sendo esta

uma violência praticada contra a mulher especificamente também é considerada uma violência de gênero (ASSIS, 2018; LANSKY et. al., 2019).

A visão de posse que a medicina tem sobre os corpos das mulheres e a ideia da falta de capacidade dessa mulher de entender ou opinar sobre o seu próprio corpo, tiram a autonomia de decisão da mulher, incorrendo em diferentes formas de violência. As mulheres nunca foram vistas como detentoras do poder de escolha sobre seus corpos (KOPERECK et al, 2018; JARDIM E MODENA, 2018). Neste sentido alguns autores trazem que a violência obstétrica se manifesta por meio de abusos físicos, verbais, privação do direito ao acompanhante, não respeito à cultura, não participação ou autonomia na escolha dos procedimentos e na escolha na posição durante o parto, falta de confidencialidade e privacidade, estigma e discriminação, negligência, negação de atendimento, falta de estrutura no local do atendimento incluindo insumos materiais e profissionais, procedimentos e intervenções não recomendadas segundo a literatura baseada em evidências, sendo assim desnecessárias e abusivas. (JARDIM E MODENA, 2018; KOPERECK et al, 2018; LANSKY et al, 2019; PALMA e DONELLI, 2017; SILVA et al. 2018).

Além disso, a recusa na administração de analgesia, o impedimento do contato pele a pele com o bebê nas primeiras horas após o parto, a interferência ou tentativa de se retirar o protagonismo da mulher durante o ciclo gravídico puerperal e abortamento, ou no ciclo natural de desenvolvimento do parto (JARDIM E MODENA, 2018; KOPERECK et al, 2018; LANSKY et al, 2019; MENA-TUDELA, 2020; PALMA e DONELLI, 2017; SILVA et al. 2018). Um estudo na Espanha propõe o pensar em expandir o termo e levar em conta até mesmo o impedimento da mãe à licença maternidade que lhe permita promover o aleitamento materno exclusivo conforme orientação dos órgãos de saúde (MENA-TUDELA, 2020).

Lansky e colaboradores (2019), em estudo no qual realizaram entrevistas com 555 mulheres na gestação e após o parto, colocaram que há uma dificuldade das mulheres em reconhecer e caracterizar os acontecimentos durante o parto como violência. Nesse estudo as mulheres relataram ter sofrido alguns dos procedimentos ou situações que são identificadas na literatura como violência obstétrica, porém não reconheceram como sendo atos violentos, o que pode ter acontecido devido ao não entendimento desse tipo de violência que, como na violência doméstica, é subestimada (LANSKY, 2019).

O número de estudos sobre violência obstétrica tem aumentado e foi muito importante o reconhecimento dessa violência como uma questão de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde; alguns avanços já aconteceram em outros países como Venezuela e Argentina que têm a violência obstétrica tipificada na legislação como violência contra a mulher (LANSKY, 2019, OMS, 2014). Lévesques e Ferron-Parayre (2021), argumentam em seu artigo

sobre o uso ou não do termo violência obstétrica, que as definições de violência obstétrica que levam em conta a intencionalidade dos danos deveriam ser revistas, haja visto que intencional ou não, a violência ainda acontece e que a visão de quem sofre violência deveria ser levada em conta no momento de caracterizar o que é a violência obstétrica. O fato de sofrer a violência e não ter como nomeá-la por não ter um termo correspondente é mais uma forma de violentar a mulher (LÉVESQUES E FERRON-PARAVRE; 2021). No Brasil também houve uma discussão a respeito do uso do termo, em maio de 2019 houve a proibição do uso pelo Ministério da Saúde, mas em julho o termo foi novamente liberado (BRASIL, 2019).

A pandemia de COVID-19 teve seus efeitos na violência obstétrica, pois a incerteza e a possível maior vulnerabilidade entre as gestantes a casos mais graves da infecção levaram ao maior acometimento de práticas consideradas violentas como o maior número de indução de partos e aumento no número de partos cesarianos, isolamento das parturientes contaminadas, a negação de acompanhantes, a falta de contato entre a mãe positivada para COVID-19 e o seu bebê, interferindo assim no aleitamento materno na primeira hora de vida e contato pele a pele tão estimulado para o desenvolvimento saudável do bebê e da amamentação (SADLER, LEIVA, OLZA, 2020). Mesmo com as orientações da OMS alguns países registraram aumento dessas práticas contrárias a orientação (SADLER, LEIVA, OLZA, 2020).

Pensando em como a violência pode atingir de diferentes formas as mulheres, com relação às mulheres negras, estudos demonstram que essa população apresenta maior vulnerabilidade para doenças crônicas como hipertensão, doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes mellitus e anemia; essas doenças acarretam maiores chances de complicações durante o ciclo gravídico-puerperal (CHINN JJ, MARTIN IK, REDMOND, 2020; LEONARD, 2019; WERNECK, 2016). As condições citadas que levam a uma maior chance de morbimortalidade materna das mulheres negras, quando comparada a mulheres brancas, não podem ser desassociadas das questões sociais que envolvem o racismo e as desigualdades estruturais enfrentadas por essas mulheres. Os estereótipos negativos construídos e mantidos no imaginário social permeia os cuidados e serviços de saúde através dos seus profissionais e da própria estrutura, o que torna perigoso desassociar o quesito raça/cor para analisar os dados referentes à violência obstétrica (ASSIS, 2018; LEONARD, 2019).

Davis (2020) traz luz à questão de como o corpo negro reprodutivo é tratado pelas instituições de saúde de forma degradante, frisando que para além da violência obstétrica, fundada na relação de poder entre agente de saúde e usuário, e o racismo médico, fundado na forma com que a medicina e os agentes de saúde tratam uma pessoa de acordo com a sua raça ou cor, é necessário falar sobre racismo obstétrico e as formas como as mulheres acessam a saúde de forma deficitária em seu ciclo gravídico-puerperal e até mesmo antes, pensando no

seus direitos reprodutivos (Davis, 2020). No artigo é citada algumas situações que podem ser reconhecidas como racismo obstétrico, entre elas estão a submissão a tratamentos vistos como negligentes, desdenhosos e desrespeitosos, lapsos críticos em diagnósticos, a submissão intencional a dor, a coerção para submissão a procedimentos, a degradação através da humilhação e o que é chamado de reconhecimento racial em que a mulher busca por lugares e profissionais visando evitar o racismo e nesta busca muitas vezes o único critério de escolha para o local de atendimento é aquele que pode evitar que a mulher vivencie essas possíveis situações (Davis, 2020).

Caracterizada como uma violência que ocorre no ciclo gravídico puerperal e abortamento, a violência institucional obstétrica pode estar presente durante o aleitamento materno, visto que as orientações e preparações para que ocorra um aleitamento materno saudável e seguro para mãe e o bebê se inicia com as orientações no pré-natal, no início da mamada no pós-parto imediato e tardio e durante o período que se segue o aleitamento materno.

1.2 Violência institucional obstétrica na assistência em aleitamento materno

Especificamente durante a fase do puerpério, o processo de amamentação é frequentemente incentivado pelos profissionais de saúde devido aos seus inúmeros benefícios para a criança, a mulher, a família e a sociedade (COSTA et al., 2019, MENDES et al, 2019). Para que o incentivo seja feito sem perder de vista o protagonismo da mulher, os profissionais precisam estar preparados para lidar com as inseguranças, realizando o acolhimento durante todo o pré-natal e puerpério, levando-se em conta a equidade para as mulheres, respeitando suas culturas, que têm influência direta no processo de amamentação, assim como os fatores socioeconômicos e demográficos. Havendo assim a necessidade de se quebrar a estrutura do modelo medicalizado que ainda perdura nos atendimentos e no cuidado em saúde (COSTA et al. 2019, MENDES et al, 2019).

Estudo brasileiro que analisou 11 manuais nacionais e oito estaduais sobre as informações do aleitamento materno concluiu que, em geral, são abordadas as vantagens do aleitamento materno com vistas ao desenvolvimento saudável da criança; porém, são poucos os que orientam como a mulher deve realizar a interrupção do aleitamento, caso seja necessário. Foram identificadas poucas informações sobre quantidade ou diluições para desmame oportuno e sobre como manter o vínculo para não atrapalhar o desenvolvimento emocional e social da criança, o que pode aumentar a frustração da mulher que é sempre cobrada pela prática da amamentação (PEREIRA et al., 2016).

A visão de que a mulher é a única responsável pela saúde familiar, principalmente pelo desenvolvimento saudável de seus filhos, e a cobrança da mãe idealizada e da maternidade

perfeita recaem sobre as mulheres como mais um papel a ser assumido diante da sociedade, o seu não cumprimento, ou a sensação de não cumprimento do papel, leva à culpabilização, que é uma forma de interferir no direito de escolha dessas mulheres (BALUTA e MOREIRA, 2019; HABERLAND e SCISLESKI, 2017). Essa realidade pode dificultar o exercício da autonomia das mulheres para decidirem sobre a amamentação bem informada, tornando-se evidente a necessidade de ações interdisciplinares para que haja um incentivo ao aleitamento materno satisfatório, que leve em consideração a proteção da mãe e da criança, o estreitamento de vínculos, o diálogo e a inclusão da rede de apoio das nutrizes no processo de amamentação real e sem o peso de corresponder com o imaginário social da mãe perfeita que silencia as dores para o cumprimento deste papel (COSTA et al, 2019; HABERLAND E SCISLESKI, 2017).

Ao analisar o processo de aleitamento materno entre mulheres negras, um estudo norte americano aponta que as mulheres afro-americanas têm maior dificuldade na amamentação, tanto para iniciar quanto para manter o aleitamento materno pelo tempo recomendado. No artigo é apontado fatores sociais, como racismo e desigualdades, fatores individuais relacionados à família, rede de apoio e crenças, além dos estruturais relacionados aos serviços (GYAMFI, 2021).

Com base no exposto, considerando a pluralidade das mulheres e a necessidade de se interseccionar as identidades dos papéis assumidos por elas diante da sociedade, este estudo justifica-se pela proposição da análise da violência institucional na assistência em aleitamento materno sob a ótica racial, tendo em vista que essa relação não foi identificada na literatura brasileira. Para tanto, o estudo foi desenvolvido com base no referencial teórico da interseccionalidade entre gênero, raça/cor e classe social, conforme apresentado a seguir.

1.3 Gênero, classe e raça

No presente estudo, utilizamos o conceito de gênero como uma construção social do papel da mulher e do homem na sociedade, a forma como se relacionam entre si e que vai além das diferenças sexuais, abarcando inclusive as relações de poder entre os indivíduos (SCOTT, 1989). A construção de gênero é histórica e vai sendo delineada à medida que vai é vivenciada pela sociedade; trata-se de um conceito complexo que por ser algo construído e apreendido enquanto é experienciado, é mutável e passível de reconstrução e é por essa mudança, para uma relação equânime entre os gêneros, que o feminismo em suas diferentes vertentes luta (AKOTIRENE, 2019; ADICHIE, 2020; HOOKS, 2020; SCOTT, 1989). A relação social, desempenhada de acordo com os papéis construídos, estabelece uma relação de poder entre os diferentes indivíduos. Assim, o papel social das mulheres é assumido como o de indivíduos dependentes do outro e que assumem a tarefa do cuidado no âmbito doméstico e familiar, sendo

incapaz de ser dona de si e de suas escolhas, que é uma propriedade de quem detém esse poder, neste caso, os homens. Como objeto vulnerável a vontade do outro, as mulheres estão sujeitas à violências e injustiças. (ADICHIE, 2020; ADICHIE, 2021, DAVIS, 2016).

Outro eixo utilizado neste estudo é a classe social que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), está atrelada a questão econômica, definindo as classes de acordo com a faixa salarial do indivíduo ou da família (IBGE). bell hooks em seu livro “O feminismo é para todo mundo: Políticas arrebatadoras”, traz uma frase da autora Rita Mae Brown em que ela acredita que a classe está para além da definição dos meios de produção de Karl Marx, pois está relacionado a forma como você se vê e é visto, como você pode e deve se comportar e até mesmo na forma como o indivíduo pensa o seu futuro (HOOKS, 2020). hooks ainda destaca que durante as lutas, feministas negras foram coagidas a pensar que o sucesso das feministas brancas em acessar um maior poder econômico era um ganho para todas as mulheres, o que na verdade se mostrou uma barreira impeditiva para se ter a discussão de classes e isso prejudicava as mulheres negras que estavam em sua maioria na classe social mais baixa, pois como ela afirma a classe para além do valor econômico está relacionada ao acesso aos privilégios tão fortemente defendido por aqueles com a classe social mais alta (HOOKS, 2020).

Quanto à raça, o termo surgiu antes do século XVI, sendo utilizado pela ciência para a categorização dos animais e vegetais. E é em meados do século XVIII que a separação por raças passou a ser utilizada como uma construção com um sentido moral para os sujeitos, sendo atribuído a cada raça aspectos psicológicos e sociais de acordo com a cor da pele dos sujeitos. No século XIX essa noção de inferioridade passa a ter a ciência como aliada para não só justificar, mas também consolidar a ideia no imaginário popular, se valendo de explicações biológicas e geográficas para imputar a configuração de um ser lascivo, violento, com pouca inteligência e necessidade de tutela constante (ALMEIDA, 2020). Então, quanto maior a quantidade de melanina da pele, mais pejorativa era a classificação, carregada de preconceito e violência.

Nos próximos séculos além da cor da pele, os fenótipos também foram utilizados pela ciência para classificar e definir o lugar dos sujeitos, tendo o apoio de estudiosos para tal. Já no século XX com o avanço da genética e o sequenciamento do genoma, os estudos provaram que as diferenças genéticas entre os sujeitos não embasavam a separação por raças, refutando assim o termo da biologia para classificação entre os seres humanos, denotando que raça é um termo político (ALMEIDA, 2020).

Apesar do termo raça ter sido abandonado pelos cientistas, os perfis traçados nos séculos anteriores com todas as suas cruéis definições permaneceram no imaginário das pessoas. Toda a violência e discriminação sofrida pela população negra não foi abolida com o termo, pelo

contrário ela está sendo constantemente reforçada e permanece gerando desigualdades para os negros, marcando violentamente seus corpos e experiências sociais e culturais. Por isso o termo raça ainda tem seu uso defendido, afinal as consequências de sua definição tão cruelmente expressas, como o racismo, ainda perduram até os dias atuais (ALMEIDA, 2020).

Pensando nas mulheres negras e em como os rótulos ou definições sociais podem perpetuar ao longo dos tempos na sociedade, vale refletir como a construção sociocultural de raça e gênero utilizou a religião e a biologia como embasamento para definir a mulher (gênero) negra (raça) escravizada como alguém desprovida de humanidade, um forte exemplo são as mulheres negras grávidas que nesta época da escravidão, eram obrigadas a trabalhar e sofriam os mesmos castigos e humilhações que os outros escravizados e quando conseguiam alguma proteção era visando a não danificação da mercadoria que elas carregavam no ventre (DAVIS, 2016). Apesar da retratação da biologia e a desmistificação da ausência de alma em pessoas negras, a construção social insiste em repetir este mantra na branquitude e perpetuar esta ideia de objetificação do corpo negro, em especial da mulher em todas as fases do seu ciclo vital e principalmente no ciclo gravídico puerperal. Os frutos do peso dessa construção, trazida desde a ancestralidade ainda é cobrada nas maternidades quando mulheres negras têm maiores chances de sofrer a violência institucional obstétrica, de adoecer ou morrer em decorrência das disparidades raciais e do racismo sofrido por elas (Leal et al., 2017).

1.4 Interseccionalidade entre gênero, classe e raça

A interseccionalidade é definida por Crenshaw (2002) como o “conceito que busca apreender as consequências estruturais e dinâmicas causadas pela interação de dois ou mais eixos de subordinação” (página?). Os eixos de subordinação seriam as estruturas que levam o sujeito a sofrer a violência por estar em uma posição considerada de menor poder (CRENSHAW, 2002). O conceito já era defendido pela frente negra do feminismo muito antes do termo se tornar acadêmico. O movimento já trazia luz ao fato de que as mulheres sofrem as violências de formas diferentes, porque são vistas de formas desiguais. Cada sujeito possui uma identidade formada por várias identidades que são definidas através da raça, pesando socialmente no termo, gênero, classe social, cultura, religião, orientação sexual, tudo aquilo que age para e interfere na formação dos sujeitos enquanto ser em uma sociedade, e Crenshaw traz o termo para o meio acadêmico (WESCHENFELDER E FABRIS, 2019). bell hooks (2020, 6ªed) em seu livro “E eu não sou uma mulher? Mulheres negras e feminismos”, discorre sobre a luta das mulheres negras diante de um feminismo majoritariamente branco e que não abarcava as questões das mulheres negras em sua pauta, demonstrando que a classe social e a raça também devem ser levadas em conta para além do gênero (HOOKS, 2020).

Carla Akotirene (2020) chama a atenção para o fato de que a interseccionalidade no feminismo permite que o olhar esteja para além de um único sentido, que haja a colaboração de todos os sentidos para se perceber o ser humano e principalmente a mulher para além do gênero ou da cor, mas como um ser múltiplo que não se restringe a uma única forma, que precisa ser visto e sentido em todo o seu ser com todas as suas particularidades, pois segundo Akotirene, somos atravessadas pelas encruzilhadas, assim chamados os eixos subordinados pela autora, somos atingidas em vários pontos e de formas diferentes. Se olharmos somente para um dos lados atingidos deixamos de cuidar e acolher a mulher em seu todo, lembra ainda que a interseccionalidade não é somente sobre as identidades que a mulher possui, mas as consequências das vulnerabilidades de cada identidade e como ela estruturalmente afeta esta mulher.

Para este trabalho a subordinação interseccional está relacionada ao ponto de cruzamento entre a discriminação de gênero, a discriminação de raça/cor e de classe social, ou seja, o sexismo e o patriarcado, o racismo e a pobreza. Essa intersecção tem sido ignorada pelas estruturas sociais, políticas e culturais ao longo das décadas. É importante trazer luz a essa questão para termos a possibilidade de gerar dados e posteriormente políticas de enfrentamento para as inúmeras iniquidades sofridas pelas populações que se encontram nesses pontos de intersecção, já que essas populações apresentam maior vulnerabilidade para sofrer as opressões que muitas vezes estão enraizadas cultural e estruturalmente naturalizadas (ASSIS, 2018; CRENSHAW, 2002).

O presente estudo propõe a análise da violência institucional obstétrica no aleitamento materno sob a ótica da raça/cor, visando assim valorizar os aspectos raciais autodeclarados pelas mulheres participantes do estudo. A classificação racial utilizada foi a do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Neste sistema de classificação, são utilizadas cinco categorias de cor ou etnia que são branca, preta, parda, amarela e indígena, e a constituição da população negra se dá através da junção dos sujeitos pretos e pardos (PETRUCCELLI, 2013).

Assim, a interseccionalidade proposta como referencial teórico auxiliará na análise de como essa violência tem sido vivenciada pelas mulheres de diferentes segmentos raciais. A investigação se torna relevante para elaborar estratégias eficazes no combate à violência institucional contra as mulheres, visto que Crenshaw (2002) destaca a importância de atentar-se para as diversidades dentro dos grupos populacionais para traçar estratégias produtivas e eficazes que favoreçam a equidade de gênero, étnico-racial e social em diferentes setores da sociedade, incluindo a assistência em saúde.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as repercussões da violência institucional obstétrica no aleitamento materno entre mulheres de acordo com a ótica racial.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o aleitamento materno exclusivo entre as participantes no momento da pesquisa.
- Identificar a ocorrência da violência institucional obstétrica entre mulheres participantes do estudo.
- Verificar a existência de associação entre a violência institucional obstétrica e o quesito raça/cor.
- Verificar a existência de associação entre a violência institucional obstétrica e a duração do aleitamento materno exclusivo.
- Verificar a existência de associação entre o aleitamento materno exclusivo e a raça/cor autorreferida, para as mulheres que sofreram violência institucional obstétrica.

MATERIAL E MÉTODO

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e analítico. Os estudos observacionais têm por característica a não interferência do investigador nos acontecimentos; neste caso o pesquisador atua somente como expectador enquanto realiza as técnicas de coleta de dados. Os estudos transversais são aqueles que trabalham a análise de dados de um determinado momento específico no tempo; neste trabalho serão analisados os dados coletados no sexto mês após o parto da mulher. Os estudos descritivos e analíticos são formas de apresentação da pesquisa com abordagem quantitativa nos quais os dados coletados são transformados em números para proporcionar que análises estatísticas sejam realizadas. Enquanto o estudo descritivo observa, registra e descreve o fenômeno, tendo o intuito de caracterizar a população, o estudo analítico tem por característica aprofundar a análise do fenômeno para encontrar e explicar a relação entre a causa e o efeito (MEADOWS, 2003; FONTANELLES et al., 2009).

3.2 População e amostra

A população de referência foi constituída por mulheres após o parto. A amostra foi definida por conveniência, tendo como critério de inclusão: mulheres que estavam com seis meses pós-parto, que tinham acesso a mídias sociais com uso de smartphone e que aceitaram o convite online para a pesquisa. Os critérios de exclusão foram: mulheres com filhos que necessitavam de cuidados especiais para amamentação e alimentação, mulheres com patologias que impediam a amamentação e com deficiência auditiva, visual ou cognitiva.

3.3 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi feita de forma *online* no período de novembro de 2020 a fevereiro de 2021, e o recrutamento das participantes que preencheram os critérios de inclusão foi feito por meio de mídias sociais (Facebook e WhatsApp) onde foram divulgadas mensagens incentivando-as a participarem da pesquisa. Os convites foram enviados para as páginas de Facebook e alguns grupos de WhatsApp voltados para mães, os convites eram reenviados para as páginas a cada 15 dias para as administradoras das páginas e grupos para serem publicadas e divulgadas novamente. As mensagens divulgadas continham o convite para participar do estudo com um *link* que direcionava os interessados em participar para a página que continha uma breve explicação da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(APÊNDICE 1) e o instrumento de coletar dados. Nesta página, após lerem as explicações sobre a pesquisa e os aspectos éticos incluindo o TCLE aquelas que aceitaram participar expressaram sua concordância eletronicamente, ao clicar no botão de aceite de participação na página que contém o TCLE. Na sequência responderam ao questionário com autopreenchimento, ou seja, foram lendo as questões e respondendo sem a interferência do pesquisador. O total de 323 mulheres responderam o questionário e, entre estas, 82 foram excluídas sendo uma por estar duplicada e 81 por terem tido partos há mais de seis meses.

Para coleta de dados foram utilizados três instrumentos que foram transcritos para o questionário *online* através da plataforma *online* Google Forms. O primeiro instrumento contempla os dados de identificação e as características sociodemográficas e obstétricas das participantes; foi elaborado para a presente pesquisa com base em estudos prévios desenvolvidos referentes a temática (APÊNDICE 2).

O segundo instrumento de coleta de dados foi o Questionário de Avaliação de Violência no Parto, desenvolvido pelas pesquisadoras Tagma Marina Schneider Donelli e Carolina Coelho Palma. A autorização para o uso do referido questionário foi concedida por e-mail pela profa. dra. Tagma Marina Schneider Donelli. O instrumento possui a primeira parte relacionada ao perfil das mulheres e um total de nove questões numeradas e específicas sobre situações violentas vivenciadas durante a internação hospitalar para assistência ao parto e pós-parto imediato (PALMA; DONELLI, 2017) (ANEXO 1).

O terceiro instrumento trata sobre o tipo de amamentação oferecida à criança no momento da coleta de dados, conforme definido pelo Ministério da Saúde (MS): aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante, aleitamento materno, aleitamento materno complementado e aleitamento materno misto ou parcial (BRASIL, 2015), além do desmame precoce. Contempla também a percepção materna quanto ao esvaziamento das mamas, satisfação da criança ao término da mamada, oferecimento e frequência de outros alimentos na dieta da criança e intercorrências durante a prática da amamentação. O instrumento proposto foi adaptado do questionário desenvolvido por Silva (2007) e também utilizado por Monteiro e colaboradores (2011), e Reis e colaboradores (2010) (ANEXO 2).

As perguntas do questionário podiam fazer com que a mulher revivesse sentimentos de angústia causados pela violência vivenciada, neste caso oferecemos a possibilidade de ser realizado o acolhimento e a escuta ampliada, e se houvesse a necessidade de um profissional encaminharíamos um psicólogo presente no grupo de orientandos do qual faço parte, para depois encaminhar para o serviço necessário dada a necessidade. Não houve nenhuma solicitação por parte das participantes.

3.4 Variáveis do estudo

3.4.1 Variável dependente

- Violência institucional obstétrica: sim ou não, caracterizada pela análise do Questionário de Avaliação de Violência no Parto, sendo que todas as mulheres que mencionaram algum procedimento ou conduta considerados violentos foram consideradas como tendo sofrido essa violência.

3.4.2 Variáveis independentes

Variáveis relacionadas às características sociodemográficas:

- Idade da participante: em anos completos na data da coleta de dados;
- Cor autorreferida pelas puérperas: branca, preta, amarela, parda e indígena;
- Escolaridade: analfabeta, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo e pós-graduação;
- Religião: católica, evangélica, espírita, protestante, judaica, afro-brasileira, budista, muçulmana, testemunha de Jeová, anglicana, agnóstico, ateu, acredita em Deus, mas não tenho uma religião, não tem nenhuma religião, outras;
- Ocupação: realiza trabalho remunerado fora do lar, não realiza trabalho remunerado fora do lar, outra;
- Estado marital: solteira, casada, amasiada, separada/divorciada;
- Condição de moradia: própria, alugada, emprestada, invadida, outra;
- Renda familiar em reais;
- Ajuda de alguém nos cuidados com o bebê: sim ou não;
- Quem ajudará com os cuidados com o bebê: marido/companheiro, mãe, sogra, outro familiar, amiga.

Variáveis relacionadas às características obstétricas:

- Número de gestações;
- Número de partos;
- Número de abortos;
- Número de filhos vivos;
- Gestação atual foi planejada: sim ou não;
- Idade gestacional que iniciou as consultas de pré-natal em semanas;
- Número de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação;

- Intercorrências na gestação atual: sim ou não, se sim qual (quais);
- Quantas semanas/dias de gestação ao nascer;
- Intercorrências no trabalho de parto e/ou parto: sim ou não, se sim qual (quais);
- Intercorrências no pós-parto: sim ou não, se sim qual (quais);
- Sofreu violência obstétrica: sim ou não.

Variáveis neonatais:

- Sexo do recém-nascido: feminino ou masculino;
- Peso do recém-nascido em gramas;

Variáveis relacionadas à amamentação / alimentação da criança:

- Está amamentando com leite do peito: sim ou não;
- Realização de amamentação na primeira hora de vida: sim, não ou não sabe.
- Tipo de aleitamento no momento da coleta de dados: analisada a partir das categorias definidas pelo Ministério da Saúde: aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante, aleitamento materno, aleitamento materno complementado e aleitamento materno misto ou parcial;
- Término da mamada: a criança larga ou você interrompe.
- Esvaziamento das mamas após a mamada: mama continua cheia no final da mamada; mama parece estar vazia e leve ao final da mamada; retira o seu bebê antes de sentir a mama esvaziar;
- Você acha que a criança fica satisfeita após a mamada: sim ou não;
- Caracterização do tipo de alimento ofertado à criança: água, chá, suco, papa, leite em pó, leite fluido;
- Tempo de vida da criança no momento da introdução em dias;
- Frequência em que o alimento é ofertado;
- Motivo alegado pela mulher para a introdução do alimento na dieta da criança;
- Intercorrência durante o tempo do aleitamento materno: sim (qual) ou não;
- Percepção da mulher sobre o seu leite produzido: bom/forte/suficiente, ruim/fraco/insuficiente.

3.5 Processamento e análise dos dados

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica estruturada no Microsoft Excel a partir da planilha gerada pela plataforma Google Forms.

Para verificar a associação entre as variáveis, a análise estatística desenvolvida neste trabalho abrange o aspecto descritivo e inferencial. Na primeira etapa foi realizada uma análise descritiva cuja finalidade consiste em estudar o comportamento dos dados, desta forma permitindo identificar possíveis padrões ou inconsistências, bem como caracterizar a amostra coletada. Nesta etapa foram elaborados gráficos e tabelas (sendo simples e de dupla entrada), as variáveis com escala de mensuração categórica são representadas através de sua frequência absoluta (N) e relativa (%).

Na segunda etapa, parte inferencial, foram utilizados o Teste Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher para verificar a existência de associação entre variáveis categóricas, por exemplo: verificar se a violência ocorre de forma semelhante entre as classificações de raça/cor. O nível de significância adotado neste trabalho foi de 5% (isto é, $p = 0,05$).

Foi utilizado o software R em sua versão 4.0.4 para realizar as análises apresentadas neste trabalho.

3.6 Considerações éticas

Este trabalho seguiu Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), afim de garantir os direitos dos participantes e fazer cumprir os aspectos contidos na mesma, que diz respeito às diretrizes e normas preconizadas em pesquisa envolvendo seres humanos, esse projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob nº CAAE 25950219.3.000.5393 (ANEXO 3).

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica

Participaram do estudo 241 mulheres que tiveram seu parto até 6 meses antes da data de preenchimento do questionário, com idade média de 31,97 anos (desvio padrão = 5,01 anos), idade mínima de 20 anos e máxima de 45 anos, que em sua maioria se autodeclararam brancas (70,54%), além de 27,38% negras (pretas e pardas), não havendo auto declaração de mulheres indígenas. Quanto à escolaridade, a maior porcentagem (43,57%) afirmou ter cursado pós-graduação. Entre as participantes, 63,07% declararam ter religião, 74,69% declararam exercer um trabalho remunerado fora do lar, 94,61% tinham companheiro e 61,41% possuíam casa própria. A maioria das participantes (61,00%) residiam na região sudeste e não houve registros de participantes da região norte na amostra coletada. A maioria das mulheres (59,34%) relatou ter renda de 4 até 20 salários mínimos, e 87,97% referiram ter ajuda com os cuidados da criança. Os dados sociodemográficos detalhados estão apresentados na Tabela 1.

4.2 Caracterização obstétrica

O número de filhos das participantes variou entre 1 a 4 filhos, sendo que a maioria (64,73%) relatou ter apenas 1 filho. Entre as participantes, 60,58%, relataram ter planejado a última gestação. O início do pré-natal variou entre 4 a 39 semanas, sendo que para a maioria das mulheres (93,7%) o início foi até a 12^a semana e o número de consultas ficou entre o mínimo de 5 e o máximo de 20 consultas. A maioria 68,05% relatou não ter tido intercorrências durante a gestação, aquelas que afirmaram ter apresentado alguma intercorrência, 77, destacam alguns problemas como 23,37% cardíacos, 15,58% metabólicos, 7,79% hematológicos, 9,09% uterinos, 6,49% infecções, 6,49% prematuridade entre outros e 28,57% relataram ter tido duas ou mais intercorrências na gestação.

Das mulheres que responderam ao questionário, a maioria, 74,69%, negou intercorrências durante o parto, e entre as que afirmaram ter apresentado, 61, 18,03% descreveram problemas relacionados à saúde do recém-nascido como sofrimento fetal, mecônio, entre outros, 13,11% apresentaram problemas hematológicos ou cardíacos, 13,11% relacionados à emergência no parto necessitando ser cesárea, 9,83% problemas uterinos ou no mecanismo de parto, 3,27% prematuridade, entre outros, 36,06% das mulheres relataram ter tido duas ou mais intercorrências durante o parto. Para as intercorrências no pós-parto 87,14% mulheres negaram qualquer intercorrência e entre as que apresentaram, 31, foram citados 19,35% problemas cardíacos, 12,90% inflamações, 12,90% complicações cirúrgicas, 6,45% de complicações com o bebê e 3,22% para complicações no intestino, pedra na vesícula, seroma

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo.

Faixa etária (n=241)	Frequência	%
18 a 30	84	34,85%
31 a 40	150	62,24%
41 para cima	7	2,91%
Raça/cor autorreferida pela participante (n=241)	Frequência	%
Branca	170	70,54
Parda	51	21,16
Preta	15	6,22
Amarela	5	2,08
Ocupação (n=241)	Frequência	%
Realizo trabalho remunerado fora do lar	180	74,69
Realizo trabalho remunerado no lar	24	9,96
Não realizo trabalho remunerado	37	15,35
Escolaridade (n=241)	Frequência	%
Ensino médio completo ou incompleto	52	21,58
Ensino superior completo ou incompleto	84	34,85
Pós-graduação	105	43,57
Religião (n=241)	Frequência	%
Tenho religião	152	63,07
Creio em Deus, mas não tenho religião	78	32,37
Não creio em Deus	11	4,56
Estado Marital (n=241)	Frequência	%
Com companheiro	228	94,61
Sem companheiro	13	5,39
Moradia (n=241)	Frequência	%
Própria	148	61,41
Alugada	80	33,20
Emprestada	9	3,73
Outros (mora com parentes)	4	1,66
Região em que mora (n=241)	Frequência	%
Centro-Oeste	15	6,22
Nordeste	17	7,05
Sul	59	24,48
Sudeste	147	61,0
Outros (outros países)	3	1,25
Renda familiar em reais (n=241)	Frequência	%
Até 2 salários mínimos (R\$0 até R\$2090,00 reais)	24	9,95
De 2 a 4 salários mínimo (R\$2090,01 até R\$4180,00 reais)	62	25,73
Acima de 4 salários mínimos	143	59,34
Prefiro não responder	12	4,98
A participante recebe ajuda nos cuidados com o bebê (n=241)	Frequência	%
Sim	212	87,97
Não	29	12,03
Total	241	100

Fonte: Autora

na cicatriz da cesárea, costela fraturada e depressão. 32,25% das mulheres relataram ter apresentado duas ou mais complicações no pós-parto.

Sobre os tipos de parto, 57,26% foram cesáreas e 42,74% foram normais com ou sem indução. Quanto ao desejo do tipo de parto a maioria 73,86% das mulheres afirmaram ter desejado parto normal no início da gestação. Quando questionados sobre o desejo no final da gestação a maioria, 72,61%, também relatou ter desejado parto normal. Para as mulheres que tiveram o parto cesárea, a maioria, 44,26%, relatou ter desejado o parto normal, mas mudou de opinião durante a gestação por vontade própria ou por indicação médica. Para as mulheres que tiveram parto normal, 96,12%, já desejavam este parto desde o início da gestação e somente 3,88% haviam desejado o parto cesárea e mudaram de opinião ao longo da gestação por vontade própria ou por indicação médica. Em relação ao tipo de hospital, a maioria 73,86%, relatou ter o parto em hospital privado. As mulheres que tiveram parto normal foram atendidas em sua maioria, 91,26%, por médica(o) obstetra. Os dados obstétricos estão apresentados na tabela 2.

4.3 Caracterização da amamentação

Das mulheres que responderam o questionário online, 63,49% afirmaram ter amamentado na primeira hora de vida do bebê. A maioria 97,51% afirmaram estar amamentando seus bebês com o leite do peito, sendo que 71,37% estavam realizando aleitamento materno exclusivo no momento da coleta de dados. Das 235 mulheres que estavam em aleitamento materno, 81,33% achavam que o bebê ficava satisfeito após a mamada. Quanto às intercorrências, 52,70% das participantes referiram ter tido alguma intercorrência durante a amamentação. Das 127 mulheres que relataram intercorrências, 13,38% relataram problemas com as mamas (dores, lesões, fissuras e machucados), 10,23% problemas com pega e pega, 7,08% demora na apojadura, entupimento de ducto e baixa produção de leite, 6,29% apresentaram mastite, entre outros, 49,60% das mulheres relataram ter apresentado duas ou mais intercorrências durante a amamentação. Quanto ao sexo do bebê, 51,45% eram do sexo feminino e 48,55% eram do sexo masculino e o peso da maioria dos bebês, 70,54%, foi classificado como adequado para idade gestacional. Dados apresentados na Tabela 3 abaixo. Quando questionadas sobre a produção do seu leite, 85,89% percebem o seu leite como bom, forte e que sustenta o seu bebê. Mais da metade das mulheres 56,02% relatou que a forma como os profissionais de saúde as tratou influenciou de alguma forma em seu processo de amamentação. Dentre as 135 mulheres que afirmaram influência do profissional em sua amamentação, apenas 123 responderam de que forma, e dentre essas 61,79% relataram terem sido influenciadas positivamente. Dados da caracterização da amamentação apresentados na tabela 4.

Tabela 2. Características obstétricas das participantes do estudo.

Número de filhos (n=241)	Frequência	%
1 filho	156	64,73
2 filhos	69	28,63
3 filhos	13	5,39
4 filhos	3	1,25
Gestação planejada (n=241)	Frequência	%
Sim	146	60,58
Não	95	39,42
Intercorrências na gestação(n=241)	Frequência	%
Sim	77	31,95
Não	164	68,05
Intercorrência no parto(n=241)	Frequência	%
Sim	61	25,31
Não	180	74,69
Intercorrência no pós-parto(n=241)	Frequência	%
Sim	31	12,86
Não	210	87,14
Tipo de parto(n=241)	Frequência	%
Normal	103	42,74
Cesárea	138	57,26
Hospital que teve o parto(n=241)	Frequência	%
Hospital Público	55	22,82
Hospital Privado	178	73,86
Domiciliar	7	2,91
Outros	1	0,41
Se a participante teve Parto Normal qual o profissional que atendeu (n=241)	Frequência	%
Enfermeira(o) Obstetra	16	6,64
Médica(o) Obstetra	94	39,00
Obstetriz	0	0
Parteira	0	0
Não sabe ou não lembra	2	0,83
Não se aplica	129	53,53
Total	241	100

Fonte: Autora

Tabela 3. Características dos recém-nascidos das participantes.

Sexo do bebe(n=241)	Frequência	%
Feminino	124	51,45
Masculino	117	48,55
Peso (n=241)	Frequência	%
Baixo peso ao nascer	14	5,81
Pequeno para idade gestacional	43	17,84
Adequado para idade gestacional	170	70,54
Grande para idade gestacional	14	5,81
Total	241	100

Fonte: Autora

Tabela 4. Caracterização da amamentação das mulheres participantes do estudo.

Amamentação na primeira hora de vida (n=241)	Frequência	%
Sim	153	63,49
Não	87	36,10
Não sabe	1	0,41
Aleitamento materno (n=241)	Frequência	%
Sim	235	97,51
Não	6	2,49
Aleitamento materno exclusivo (n=241)	Frequência	%
Sim	172	71,37
Não	63	26,14
Desmame	6	2,49
Satisfação da criança após a mamada(n=241)	Frequência	%
Sim	196	81,33
Não	39	16,18
Não se aplica	6	2,49
Intercorrência durante o Aleitamento Materno (n=241)	Frequência	%
Sim	127	52,70
Não	114	47,30
Percepção da produção de leite	Frequência	%
Bom, forte, sustenta	207	85,89
Ruim, fraco, não sustenta	15	6,22
Outros	19	7,89
Influência do profissional no Aleitamento Materno(n=241)	Frequência	%
Sim	135	56,02
Não	106	43,98
Total	241	100
De que forma influenciou(n=123)	Frequência	%
Positiva	76	61,79
Negativa	47	38,21

Fonte: Autora

4.4 Caracterização de procedimentos realizados no período intraparto que caracterizam a violência obstétrica.

Com relação aos procedimentos realizados no período intraparto, a maioria, 85,88%, das 170 mulheres que entrou em trabalho de parto (independentemente do tipo de parto) relatou não ter sido impossibilitada de caminhar ou de procurar uma posição mais confortável. Entre as participantes, 36,93% relataram ter sido realizado algum procedimento médico sem que tenham pedido o seu consentimento ou explicado por que eram necessários.

Durante o período expulsivo 51,46%, que tiveram parto normal, relataram terem sido privadas de adotar uma postura mais confortável durante os puxos ou terem seus puxos dirigidos pelo profissional de saúde. Para aquelas mulheres que realizaram o parto cesárea, 77, (55,80%) delas afirmaram terem passado por situações como apertarem ou subiram em seu abdome para “ajudar” o bebê a nascer, conversas paralelas entre os profissionais de saúde sobre outros assuntos, tiveram suas mãos amarradas impedindo que tocasse o bebê e/ou realização de procedimentos sem o consentimento dela ou sem explicar por que eles eram necessários.

Logo após o nascimento do bebê, 26,97% das mulheres participantes da pesquisa relataram ter passado por algum tipo de situação desconfortável como ter o contato com o seu bebê adiado, ter o bebê levado imediatamente para sala de procedimentos sem que nenhum profissional explicasse o que estava acontecendo, foi forçada a amamentar ou estabelecer contato com o bebê contra a vontade dela ou ter sido impedida ou dificultaram o aleitamento na primeira hora de vida do bebê sem motivos para justificar esta atitude. Os dados acima estão apresentados na tabela abaixo (Tabela 5). Vale destacar que para essas questões, a mesma mulher poderia assinalar mais de uma opção de resposta.

Tabela 5. Descrição de procedimentos realizados no período intraparto que caracterizam a violência obstétrica. (Continua)

Participantes que entraram em trabalho de parto e foram impedidas de realizar algumas ações (n=170)	Frequência	%
Foi impossibilitada de caminhar	3	1,76
Foi impossibilitada de procurar posições mais confortáveis segundo as suas necessidades	14	8,24
Não foi impossibilitada das atividades acima	146	85,88
Não entrei em trabalho de parto	71	41,76
Mais de uma opção	7	4,12
Procedimentos sem consentimento ou explicação (n = 241)	Frequência	%
Tricotomia (raspagem dos pelos)	4	1,66
Uso de ocitocina ("soro" para acelerar o trabalho de parto)	2	0,83
Toques vaginais repetitivos	1	0,41
Toques vaginais realizados por diferentes pessoas	6	2,49
Proibição para ingerir alimentos ou bebidas	2	0,83
Rompimento artificial da bolsa (profissional rompeu/estourou sua bolsa)	3	1,25
Apertaram ou subiram na sua barriga para "ajudar" o bebê a nascer	2	0,83
Episiotomia (corte no períneo, "pique lá embaixo")	4	1,66

Tabela 5. Descrição de procedimentos realizados no período intraparto que caracterizam a violência obstétrica. (Conclusão)

Procedimentos sem consentimento ou explicação (n = 241)	Frequência	%
Cesárea	9	3,73
Corte imediato do cordão umbilical	15	6,22
Não se aplica	52	63,07
Mais de uma opção	41	17,01
Durante o período expulsivo (n=103)	Frequência	%
Foi privada da possibilidade de adotar a postura mais confortável para você realizar os puxos (fazer força)	14	13,59
Teve "puxos" dirigidos pelo profissional de saúde, ou seja, ele dizia a frequência e o modo como você deveria fazer força sem respeitar seu ritmo	23	22,33
Mais de uma opção	16	15,53
Não se aplica	50	48,55
Procedimentos durante o parto Cesárea (n=138)	Frequência	%
Começaram a cortar seu abdômen, sem esperar a anestesia "fazer efeito"	0	0
Apertaram ou subiram na sua barriga para "ajudar" o bebê a nascer	7	5,07
Conversa paralela entre os profissionais sobre outros assuntos	22	15,94
Mantiveram suas mãos amarradas, impedindo que tocasse seu bebê	4	2,90
Realização de procedimentos sem seu consentimento ou sem explicar por que eram necessários	2	1,45
Mais de uma opção	42	30,44
Nenhum dos procedimentos citados acima	61	44,20
Logo após o nascimento do bebê (n=241)	Frequência	%
Teve o contato com o seu bebê adiado	13	5,40
Teve o seu bebê levado imediatamente para a sala de procedimentos, sem que nenhum profissional lhe explicasse o que estava acontecendo com ele	10	4,15
Foi forçado a amamentar ou estabelecer contato com o seu bebê (pegar no colo, olhar o bebê, etc...) contra a sua vontade	1	0,41
Impediram ou dificultaram o aleitamento na primeira hora de vida do bebê, sem motivos para justificar esta atitude	8	3,32
As situações citadas acima não aconteceram comigo	176	73,03
Mais de uma opção	33	13,69

Fonte: Autora

Os procedimentos relatados pelas participantes do estudo, conforme a Tabela 5, não são recomendados e são considerados como característicos de violência obstétrica (LANKSY,2019). Assim, para a análise descritiva da frequência dessas informações, todas as mulheres que mencionaram algum procedimento ou conduta inadequados foram consideradas como tendo sofrido essa violência. Dessa maneira, dentre as 241 mulheres, 214 – 88,80%, foram identificadas como tendo sofrido violência institucional obstétrica.

4.5 Variável RAÇA/COR e a análise da violência institucional obstétrica de acordo com o quesito raça/cor.

Para a análise dos dados, considerando a ótica racial, aqui avaliados pelo quesito raça/cor, foi construída uma nova variável denominada RAÇA/COR em que foram agregadas as participantes pretas e pardas, sendo denominadas NEGRAS e as participantes brancas e amarelas foram agregadas sendo denominadas NÃO NEGRAS, lembrando que não houve participantes que se autodeclararam como indígenas.

Como referido anteriormente, dentre as 241 mulheres, 214 – 88,80%, foram identificadas como tendo sofrido violência institucional obstétrica. Observando de acordo com a raça/cor das mulheres, verifica-se que dentre as 66 mulheres negras, 62 (93,94%) sofreram violência institucional obstétrica, e dentre as 175 não negras, 152 (86,86%) sofreram violência, como pode ser observado na Tabela 6, que demonstra que não houve associação significativa entre as variáveis violência institucional obstétrica e raça/cor pelo Teste Exato de Fisher. Para além dessa análise, é possível verificar descritivamente que, do total de mulheres que sofreram violência institucional (214), 28,97% eram negras e 71,03% não negras. Importante destacar que 6 (2,49%) mulheres relataram ter percebido tratamento diferenciado devido a cor da sua pele.

Tabela 6. Associação entre as variáveis violência institucional obstétrica e raça/cor autorreferida pelas participantes.

	Raça/Cor		p-valor*
	Negras n(%)	Não negras n(%)	
Violência Institucional Obstétrica			
Sim	62(93,94)	152(86,86)	0,8811
Não	4(6,06)	23(13,14)	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: Autora

4.5.1 Análise das variáveis sociodemográficas e a raça/cor para as mulheres que sofreram violência institucional obstétrica.

Quando analisadas as variáveis sociodemográficas das participantes que sofreram violência institucional obstétrica (214) considerando o quesito raça/cor, verifica-se que existe associação entre a raça/cor e o nível de escolaridade, sendo que as mulheres não negras apresentam maior grau de escolaridade (com pós-graduação) do que as mulheres negras ($p < 0,001$). Também com relação à renda, as mulheres não negras apresentam renda maior do que as negras ($p < 0,001$). Para as outras variáveis sociodemográficas selecionadas pelo modelo estatístico para análise, não foram encontradas associações estatisticamente significativas, apesar da maior porcentagem de ajuda para cuidados com o bebê recebida pelas mulheres não negras (88,82%) quando comparadas com as mulheres negras (85,50%). Esses resultados estão apresentados na Tabela abaixo (tabela 7).

Tabela 7. Associação entre as variáveis sociodemográficas selecionadas pelo modelo estatístico e a raça/cor auto referida pelas mulheres que sofreram violência obstétrica.

	Cor ou raça autorreferida			p-valor*
	Negras n(%)	Não Negras n(%)	Total n(%)	
Escolaridade				
Ensino médio	24(38,71)	23(15,13)	47(21,96)	<0,001
Ensino superior	16(25,81)	57(37,50)	73(34,11)	
Pós-graduadas	22(35,48)	72(47,37)	94(43,92)	
Renda				
Até 2 salários mínimos	14(22,60)	10(6,58)	24(11,21)	<0,001
De 2 a 4 salários mínimos	24(38,70)	32(21,00)	56(26,17)	
De 4 a 20 salários mínimos	20(32,30)	102(67,10)	122(57,01)	
Acima de 20 salários mínimos	4(6,45)	8(5,26)	12(5,61)	
Ajuda com os cuidados do bebê				
Sim	53(85,50)	135(88,80)	188(87,85)	0,655
Não	9(14,50)	17(11,20)	26(12,14)	
Estado marital				
Sem companheiro	8(12,90)	5(3,29)	13(6,07)	0,018
Com companheiro	54(87,00)	147(96,70)	201(93,93)	
Total	62	152	214(100,00)	

* Teste Qui-Quadrado

Fonte: Autora

4.5.2 Resultado das experiências de Intensidade de Vivência e de Sentimento.

Com relação à experiência de intensidade de vivência das participantes que sofreram violência institucional obstétrica (n=214), com os profissionais de saúde, seja durante a

internação para o parto ou em visita domiciliar pela equipe de saúde, 16,36% relataram que foram feitos comentários irônicos em tom de deboche, dentre essas mulheres (35), 13 (6,08%) eram negras e 22 (10,28%) não negras. Quanto as mulheres que relataram terem sido criticadas por seu lamento ou choro (31) e dentre essas 14 (6,54%) eram negras e 17 (7,94%) não negras. Demais respostas deste questionário sobre Intensidade de Vivência estão apresentadas na tabela abaixo (tabela 8); para essas questões, a mesma mulher poderia assinalar mais de uma opção de resposta.

Tabela 8. Experiência de intensidade de vivência das mulheres que sofreram violência obstétrica de acordo com a raça/cor.

Cor ou raça autorreferida		
	Negras n(%)	Não Negras n(%)
Experiência intensidade de vivência		
Gritou	7(3,27)	12(5,61)
Ameaçou	6(2,80)	9(4,21)
Mandou parar de gritar	8(3,74)	9(4,21)
Fez piada sobre o comportamento	9(4,21)	17(7,94)
Criticou o lamento ou choro	14(6,54)	17(7,94)
Fez comentário irônico em tom de deboche	13(6,08)	22(10,28)
Chamou de apelidos desagradáveis	5(2,34)	7(3,27)
Impediu a presença de acompanhante	11(5,14)	16(7,48)

Fonte: Autora

Para a experiência de intensidade de sentimentos vivenciadas durante a internação hospitalar para a realização do parto ou no atendimento domiciliar realizados por equipe de saúde, entre as 214 participantes, 94 (43,93%) das mulheres relataram ter se sentido inferior, vulnerável e insegura, dentre essas 25 (11,68%) eram negras e 69 (32,24%) não negras. Demais respostas para essas questões de sentimentos está apresentada na tabela 9, abaixo; para essas questões, a mesma mulher poderia assinalar mais de uma opção de resposta.

Analisando as respostas das Experiências de Intensidade de Vivência e de Sentimentos para as mulheres que sofreram violência institucional obstétrica (n=214) e de acordo com a classificação raça/cor, para a experiência de intensidade de Vivência apesar das mulheres negras vivenciarem mais situações que representam violência (45,16%) quando comparadas com as mulheres não negras (32,24%), o resultado dessa análise não foi estatisticamente significativo, como apresentado na Tabela 10. Para a experiência de intensidade de Sentimentos pode-se visualizar o inverso: as mulheres negras vivenciaram menos situações que despertaram sentimentos relativos à violência (46,97%) quando comparadas às não negras (51,43%), porém esse resultado também não apresentou significância estatística, como mostra a tabela 10.

Tabela 9. Experiência de intensidade de sentimento das mulheres que sofreram violência obstétrica de acordo com a raça cor.

	Negras n(%)	Não Negras n(%)
Experiência intensidade de sentimentos		
Sentiu-se pouco à vontade para fazer perguntas porque não respondiam ou respondiam mal	20(9,35)	48(22,42)
Sentiu-se ameaçada pela atitude ou fala de algum profissional	11(5,14)	33(15,42)
Sentiu-se inferior, vulnerável, insegura	25(11,68)	69(32,24)
Sentiu-se exposta ou sem privacidade	21(9,81)	54(25,23)

Fonte: Autora

Tabela 10. Associação entre as variáveis de experiências de intensidade de vivência e sentimento e raça/cor para as mulheres que sofreram violência institucional obstétrica.

	Cor ou raça autorreferida			p-valor*
	Negras n(%)	Não negras n(%)	Total n(%)	
Experiência de intensidade de vivência				
Sim	28(45,16)	49(32,24)	77(35,98)	0,103
Não	34(54,84)	103(67,76)	137(64,01)	
Total	62	152	214(100,00)	
Experiência de intensidade de sentimento				
Sim	31(46,97)	90(51,43)	77(35,98)	0,636
Não	35(53,03)	85(48,57)	137(64,01)	
Total	66	175	214(100,00)	

*Teste Qui-Quadrado

Fonte: Autora

4.6 Análises entre o aleitamento materno exclusivo e a raça/cor autorreferida para as mulheres que sofreram violência institucional obstétrica

Entre as mulheres que sofreram violência institucional obstétrica, (n=214), 70,09%, afirmaram estar em aleitamento materno exclusivo no momento em que responderam ao questionário. Afim de verificar a existência de associação entre a violência institucional obstétrica e o aleitamento materno exclusivo foi realizada a associação da variável violência geral criada para identificar a violência institucional obstétrica entre as participantes e a variável das mulheres que estavam em aleitamento materno exclusivo, para realizar este teste foram agregadas as mulheres que não estavam amamentando e as mulheres que estavam amamentando de forma não exclusiva, sendo que para essa associação não houve significância estatística que

comprove uma relação entre estas variáveis. Esses resultados estão apresentados na Tabela 11 abaixo.

Tabela 11. Análise de associação entre a violência institucional obstétrica e o aleitamento materno exclusivo.

Aleitamento Materno Exclusivo (AME)			
	AME n(%)	Não AME n(%)	p- valor*
Violência Institucional Obstétrica			
Sim	150(87,21)	64(92,75%)	0,15662
Não	22(12,79)	5(18,52%)	
Total	172(100,00)	69(100,00)	

*Teste Exato de Fisher

Fonte: Autora

Para as mulheres que sofreram violência obstétrica (n=214), a análise de associação entre o aleitamento materno exclusivo e o quesito raça/cor autodeclarada, mostrou que não há resultado estatisticamente significativo, ou seja, essas variáveis não estão associadas (p=0,822) de acordo com os dados obtidos nesta amostra, conforme Tabela 12 abaixo.

Tabela 12. Associação entre o aleitamento materno exclusivo e a raça/cor autorreferida, para as mulheres que sofreram violência obstétrica.

	Cor ou raça autorreferida			p- valor*
	Negras n(%)	Não negras n(%)	Total n(%)	
Aleitamento materno exclusivo				
Sim	44(70,97)	106(69,74)	150(70,09)	0,822
Não	17(27,42)	41(26,97)	58(27,10)	
Não estou amamentando	1(1,62)	5(3,29)	6(2,80)	
Total	62	152	214(100,00)	

*Teste Qui-quadrado

Fonte: Autora

Portanto, não se pode afirmar que haja uma relação entre a violência institucional obstétrica e aleitamento materno exclusivo sob a ótica da raça/cor com os dados analisados referentes às participantes do presente estudo.

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

A maioria das mulheres que compuseram a amostra deste estudo tinham em média 31,97 anos, se autodeclararam brancas, pós-graduadas, com religião, exercendo trabalho remunerado fora do lar, com companheiro e casa própria. Em sua maioria provenientes da região sudeste, recebendo de 4 até 20 salários mínimos e recebendo ajuda nos cuidados para com a criança. A amostra apresentou um alto nível de escolaridade, bem como alta renda salarial, corroborando a literatura científica, que demonstra que o nível de escolaridade está intimamente ligado com a renda salarial do indivíduo (BARROS, 2017). Ao tratar sobre o perfil demográfico encontrado nesta amostra, vale observar os dados sobre o acesso da população brasileira à internet, já que a coleta de dados foi realizada de forma *online* e durante a pandemia. Segundo a última pesquisa de Tecnologias de Informação e Comunicação nos Domicílios Brasileiros de 2021, embora o aumento do acesso à internet tenha ocorrido comparado ao ano anterior, as pessoas sem acesso à internet são aquelas com um renda salarial mais baixa, sendo constatado ainda uma queda no acesso a computadores pelas classes C, D e E (Cetic, 2021), ou seja, o perfil de participantes identificado no presente estudo é condizente com os dados da população brasileira mais favorecida economicamente.

Quanto à caracterização obstétrica, a maioria das participantes eram primíparas, com gestação planejada. O início do pré-natal em sua maioria ocorreu até a 12^a semana de gestação, estando de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde para uma gestação segura (BRASIL, 2019). Mais da metade das participantes negou intercorrências durante a gestação, parto e pós-parto, resultado semelhante encontrado no estudo de Palma e Donelli (2017), do qual foi utilizado um dos questionários da presente pesquisa. A maioria dos partos foram cesarianas (57,26%), sendo essa porcentagem ligeiramente maior que a média nacional (55,7%), maior que a média na América Latina e Caribe (42,8%) e consideravelmente maior que a média global (21,1%), o Brasil ocupa o segundo lugar entre os cinco países que mais realizam partos cesarianos no mundo (BETRAN ET AL, 2021). A utilização do parto cesariano quando há indicação pode contribuir para o nascimento seguro, porém a realização dele sem a indicação pode ser justamente a causa do aumento da morbimortalidade para a mulher e o bebê (BETRAN ET AL, 2021; ZAIDEN ET AL, 2020). Os resultados da presente pesquisa corroboram os estudos de Lansky e colaboradores (2019) e de Palma e Donelli (2017), em que mais da metade das mulheres tiveram seus partos realizados em hospital privado, bem como o atendimento em maior porcentagem realizado por médicos obstetras (LANSKY ET AL, 2019; PALMA E DONELI, 2017).

Quando analisados o tipo de parto de acordo com o atendimento, público ou privado, observa-se que dentre as mulheres que tiveram seus partos no hospital privado, 73,86%, a

maioria teve partos cesárea (63,48%), já para os atendimentos no hospital público, 22,82%, mais da metade das mulheres tiveram parto normal (54,55%). Mas ainda que o parto normal tenha sido a maioria no hospital público, o número de partos cesárea excedeu aos 10% recomendados pela OMS (OMS, 2015), atingindo a porcentagem de 45,45%. Vale a pena destacar que, do total de parto cesárea desta amostra, 81,88% foram realizados no hospital privado e 18,12% no hospital público. No estudo de âmbito nacional, Projeto Nascer no Brasil, uma porcentagem semelhante de partos cesarianos foi encontrada para os hospitais privados, 87,9%, e já no hospital público o valor encontrado no estudo Nascer Brasil foi de 51,9% sendo maior que a porcentagem da presente pesquisa (Nakamura-Pereira, 2016). Estudos sugerem que quanto maior a escolaridade e a renda, mais acesso ao atendimento privado e maiores as chances de ter parto cesárea (Bhatia, 2020; Nakamura-Pereira, 2016; Tenaw, 2019). Um estudo em 305 cidades da América Latina fez uma associação entre o PIB das cidades e as taxas de cesarianas, quanto maior o PIB, maiores as taxas e destaca que para além da cirurgia e fatores sociodemográficos a questão cultural do parto deve ser levada em consideração durante a análise (PERNER et al, 2022).

Ainda sobre os tipos de parto, a maior parte das mulheres do estudo desejaram o parto normal tanto no início quanto no final da gestação, mesmo entre as mulheres que tiveram parto cesárea, o desejo inicial era pelo parto normal (44,26%) e foram mudando de ideia ao longo da gestação sozinhas ou por orientação médica. Resultados semelhantes foram encontrados por Palma e Doneli (2017), bem como em estudo realizado na Noruega (LOVASMOEN, 2018) e em Pequim na China (WU et al,2022), em que o parto normal foi o desejo da maioria das mulheres. WU e colaboradores (2022) afirmam que o número de mulheres que preferem o parto normal, mas acabam realizando a cesariana é maior do que o número de mulheres que preferem a cesariana e acabam realizando o parto normal (WU et al, 2022).

Analisando os dados sobre o aleitamento materno, 63,49% das participantes amamentaram o seu bebê na primeira hora de vida, sendo semelhante a porcentagem nacional de 62,4% para crianças menores de 2 anos, divulgada pelo Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) de 2019 (UFRJ, 2019). Esses dados da presente pesquisa e do Brasil sobre a amamentação na primeira hora de vida tem uma porcentagem maior, quando comparados com os dados mundiais, de acordo com o relatório do Coletivo Global de Aleitamento Materno desenvolvido pela UNICEF em parceria com a OMS, que apresentou a taxa de amamentação na primeira hora de vida de 47% em 2021 (UNICEF, 2022).

A literatura aponta para a importância da amamentação na primeira hora de vida, pois ela representa um combo de estímulos positivos para a mãe e o bebê. Levando-se em conta o estado mais alerta do recém-nascido o início da mamada pode ser facilitado, a ingestão do

colostro confere uma proteção natural para criança, a microbiota tanto do trato gastrointestinal e da pele na pele é promovida de forma positiva, além da estabilização da frequência cardíaca e respiratória e da temperatura do bebê; o primeiro contato contribui para a liberação de ocitocina e o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê (SOUSA ET AL, 2020). Além disso, o aleitamento materno é fortemente incentivado para além da primeira hora de vida, pois seus benefícios comprovados são demonstrados pela literatura que vão para além da mãe e do bebê, podendo ser benéfico para a sociedade como um todo. Entre as participantes do estudo a maioria estava em aleitamento materno e entre essas, 71,37% estavam amamentando exclusivamente com o leite do peito, a porcentagem do estudo foi maior que a porcentagem nacional de acordo com ENANI (2019), sendo 59,7% para crianças menores de 4 meses e 45,8% para crianças menores de 6 meses (UFRJ,2019) e maior que a porcentagem mundial que chegou a 48% em 2021 (UNICEF, 2022).

Entre as mulheres que estavam amamentando, 81,33% acreditavam que o seu bebê ficava satisfeito logo após a mamada, entretanto de acordo com a literatura a crença de ter leite insuficiente para manter o bebê saciado foi apontado como uma das causas para a não continuidade do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade conforme recomendação (ROZENSZTRAUCH, 2021). Uma outra causa apontada foram as complicações durante a amamentação, neste estudo a porcentagem de intercorrências foi de 52,70% com uma complicação e 49,60% com mais de uma complicação, ou seja, a maioria das participantes apresentou intercorrência durante o aleitamento materno, e a maioria permaneceu em seu processo de amamentação.

A coleta abrangente de dados sobre amamentação na presente pesquisa permitiu identificar que a maioria das mulheres do estudo, 85,89%, considerou o seu leite de forma positiva, acreditando que ele é bom, forte e suficiente para sustentar o seu bebê. A forma como o profissional de saúde aborda a mulher durante a orientação para o início do aleitamento materno pode influenciar a sua continuidade (ROZENSZTRAUCH, 2021); no presente estudo, mais da metade das mulheres relatou que a forma como foi tratada influenciou na amamentação e dentre essas 61,49% relatou ter sido de forma positiva. A mulher precisa se sentir segura, apoiada e confortável em seu processo de amamentação, pois apesar de ser algo benéfico ao binômio e a sociedade em geral, possui uma série de desafios que se enfrentados sozinhos ou colocados como um peso sobre a mulher, podem dificultar a sua continuidade e liberdade de escolha, tornando o caminho muito mais pesado e menos prazeroso. Importante destacar que proteger a mulher por meio de um atendimento qualificado, evitando complicações no parto e pós-parto, pode resultar no fortalecimento dela, tornando-a mais positiva em relação a sua

capacidade de amamentar, consequentemente influenciando para que o processo do aleitamento materno seja mais eficaz (MONTEIRO et al, 2020).

Durante o período intraparto a mulher pode ser exposta a procedimentos considerados como violência institucional obstétrica (JARDIM E MODENA, 2018; KOPERECK et al, 2018; LANSKY et al, 2019; MENA-TUDELA, 2020; PALMA e DONELLI, 2017; SILVA et al. 2018). No presente estudo, a somatória das porcentagens dos procedimentos realizados durante o trabalho de parto foi de 36,93%. Comparando os procedimentos descritos no presente estudo com um estudo nacional realizado em 5 municípios brasileiros (LANSKY et al, 2019) e outro internacional realizado em quatro países africanos (Guiné, Gana, Mianmar e Nigéria) (BOHREN, 2019), foram encontradas maiores porcentagens na literatura para a posição litotômica, sendo 46,4% de mulheres no Brasil e no internacional 99,1% nos quatro países africanos. Quanto à manobra de Kristeller, o estudo nacional apresentou maiores porcentagens, 23,7% (LANSKY et al, 2019) e o estudo nos países africanos a porcentagem foi menor do que a encontrada em nossos estudos, 3,1% (BOHREN,2019); para a episiotomia os valores na literatura foram maiores do que as encontradas em nosso estudo, sendo 30,4% (LANSKY et al, 2019) e 15,1% (BOHREN,2019). Os procedimentos realizados sem a devida explicação ou sem consentimento obteve porcentagens maiores no estudo nacional, sendo 35,6% de relatos (LANSKY et al, 2019); bem como para cesáreas sem consentimento 13,4% (BOHREN,2019), e toques vaginais sem consentimento nos países africanos 59,4% (BOHREN,2019). Nota-se que esses procedimentos considerados violentos, ou sem consentimento da mulher, mesmo que com porcentagens diferentes, ainda é amplamente realizado nesses países bem como entre as mulheres do presente estudo.

Para os procedimentos realizados no período intraparto, para as mulheres que tiveram parto normal (103), 53 mulheres (51,46%) foram impedidas de procurar uma posição mais confortável durante o período expulsivo, ou tiveram seus puxos dirigidos, ou as duas opções; no estudo realizado em quatro países africanos, este número foi maior, atingindo a porcentagem de 76,1% das mulheres que relataram movimentação restrita e afirmaram não terem a informação sobre a liberdade de escolha de movimentação (BOHREN,2019). Para a amostra do presente estudo, durante a cesárea as mulheres também relataram ter passado por esses procedimentos considerados violentos, 5,07% relataram ter passado por procedimentos como manobra de Kristeller, 15,94% conversa paralela, 2,90% mãos amarradas impedindo o contato com o bebê, 1,45% procedimentos sem consentimento ou a explicação devida e 30,44% relataram ter passado por mais de um dos procedimentos citados acima. O estudo de Palma e Donelli (2017) apresentou maiores porcentagens que o presente estudo para manobra de Krsiteller, 14%, realização de procedimentos sem consentimento ou explicação prévia 12,8%,

ter as mãos amarradas impedindo o contato com bebê 18,6% e menor porcentagem para as conversas paralelas (2,5%) (PALMA E DONELLI, 2017). Esses procedimentos que são caracterizados na literatura como violência obstétrica (LANSKY, 2019) podem ser um agravamento para situação de violência vivenciada pela mulher durante o parto, visto que o parto cesáreo, como citado anteriormente, quando sem indicação pode colocar em risco a vida da mãe e do bebê, configurando por si só um ato violento contra a mulher.

Ainda sobre os procedimentos que podem ser considerados como violência obstétrica e são realizados no período intraparto, no presente estudo 26,97% das mulheres relataram ter passado por situações como ter o contato com o seu bebê adiado, seu bebê ser levado sem explicação, foi forçada a amamentar ou a manter contato com o bebê e teve a amamentação na primeira hora de vida dificultado, enquanto que 73,03% negaram ter vivenciado as situações citadas acima. Resultado semelhante foi encontrado na literatura, Lansky e colaboradores (2019) em seu estudo afirmam que 70,1% das mulheres tiveram contato imediato com o seu bebê, corroborando os nossos achados (LANSKY et al, 2019).

Constatou-se que a violência institucional obstétrica foi a realidade da maioria no presente estudo (88,80%); na literatura foi possível encontrar porcentagens variadas de mulheres que relataram ter sofrido violência obstétrica tanto nacionalmente, como 18,3% em Pelotas (MESEMBRURG et al, 2018), e 12,95% em estudo que envolveu cinco municípios brasileiros (Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Niterói, Ceilândia e Brasília) (LANSKY ET AL., 2019) e também internacionalmente: 38,3% na Espanha, 75,1% na Etiópia, 33,3% no México, 41,6% em pesquisa comunitária em países africanos, 54,4% na Holanda e 17,3% nos EUA (MENA-TUDELA, 2020; MIHVIET, 2019; CASTRO e FRIAS, 2020; BOHREN et al, 2019; van der PIJL, 2022; VEDAM et al, 2019). É uma afirmação recorrente entre os autores citados que a variação entre as porcentagens se deve ao fato de que não existe um consenso sobre a nomenclatura ou o que caracteriza exatamente a violência obstétrica, portanto a forma como se coletam os dados e o momento da coleta pode variar entre os estudos e gerar essas porcentagens diferenciadas; além disso, o tamanho da amostra também foi variado entre os estudos, para além dos fatores intrínsecos a cada cultura que pode influenciar a ocorrência da violência (MENA-TUDELA, 2020; MIHVIET, 2019; CASTRO e FRIAS, 2020; BOHREN et al, 2019; van der PIJL, 2022; VEDAM et al, 2019).

Com relação à associação entre a violência institucional obstétrica e o aleitamento materno exclusivo, apesar do resultado do presente estudo não apresentar significância estatística, um artigo de revisão apontou uma forte conexão entre a violência contra a mulher realizada por parceiro íntimo e os efeitos negativos no aleitamento materno exclusivo (NORMANN, 2020). Outro estudo demonstra que, dentre os fatores que podem prejudicar a

iniciação ou continuidade da amamentação estão os aspectos socioeconômicos e a violência, podendo inclusive interferir no nível de cortisol da mãe, atrasando a descida do leite e fazendo com que a mulher sinta que é incapaz de produzir leite de forma e quantidade adequada (HOLLAND, 2019). A autoconfiança da mulher quanto a sua capacidade de produção de leite em quantidade eficaz é um preditivo para sucesso da iniciação e continuidade do processo de amamentação (MONTEIRO et al, 2020).

No presente estudo, a associação entre a violência institucional obstétrica e a raça/cor autorreferida pela participante também não apresentou resultado estatisticamente significativo. No entanto, vale ressaltar que, o perfil da amostra e a quantidade desproporcional de mulheres quando classificadas pela raça/cor podem ter influenciado nesses resultados, já que a literatura aponta que a violência obstétrica tem maiores chances de acontecer em grupos com mais fatores de vulnerabilidade como raça/cor ou etnia, menor escolaridade e menor renda (SHEIKH et al, 2022; TAYLOR, 2020; VEDAM, 2019). Isto explicaria também os resultados estatisticamente significativos no presente estudo para a análise da associação entre as variáveis sociodemográficas escolaridade e renda com a raça/cor autodeclarada pelas mulheres que sofreram violência obstétrica, que mostrou que as mulheres não negras apresentam maior grau de escolaridade e maior renda do que as mulheres negras.

Apesar de a violência obstétrica e a raça/cor não estarem associados no presente estudo, uma pesquisa estadunidense mostrou que as mulheres negras foram mais propensas a relatar maus tratos durante o período intraparto quando comparadas com as mulheres brancas, sendo menos acompanhadas por parteiras qualificadas (VEDAM, 2019), bem como apresentando maiores taxas de morbimortalidade materna e infantil (CHAMBERS, 2020, TAYLOR, 2020). Estudo de revisão qualitativa no Reino Unido aponta para o fato de que as mulheres pertencentes às minorias étnicas, dentre elas as mulheres negras, tiveram experiências negativas por terem sido tratadas de forma preconceituosa e desrespeitosa, diferentemente do tratamento oferecido às mulheres brancas que ocupavam a mesma maternidade, inclusive com a comunicação dificultada e a falta de apoio em situações em que a mulher passava por luto neonatal (MacLellan, 2022). Embora os profissionais apresentem resistência, desconforto ou negação ao falarem sobre o racismo que acontece no âmbito da saúde, estudos vêm mostrando que o agravo à saúde pelo racismo e discriminação racial é real e mensurável, principalmente quando se analisa o desenvolvimento da medicina, incluindo as áreas de ginecologia e obstetrícia, que utilizaram-se de corpos negros e de seu sofrimento para desenvolver e avançar nos conhecimentos em saúde (HAMED et al, 2022; OWENS e FETT, 2019, TAYLOR, 2020).

Conforme o conceito de interseccionalidade apontado por Crenshaw (2000), ao considerar a violência institucional obstétrica como uma violência de gênero, essas mulheres

que sofrem a violência possuem outros eixos subordinados que as levam a maiores chances de sofrerem e vivenciarem a violência obstétrica nos espaços institucionais, como por exemplo a raça/cor (LIMA et al, 2021). Sheikh e colaboradores (2022) descrevem que a mulher negra no ciclo gravídico puerperal pode estar sujeita ao racismo ou a discriminação em três níveis diferentes, sendo eles o institucional, que está relacionado ao acesso que essa mulher tem ao serviço de saúde, incluindo o tratamento diferenciado nos cuidados do pré-natal; o interpessoal, que está relacionado à relação estabelecida entre as mulheres negras e os profissionais que prestam o seu cuidado, que adotam e perpetuam os estereótipos racistas ignorando ou invisibilizando as dores e preocupações desta mulher; e o terceiro nível é o racismo internalizado, que está relacionado a aceitação desta mulher aquilo que é imposto e que não permite que ela busque por um atendimento digno (SHEIKH et al., 2022). Assim, mesmo que a amostra estudada na presente pesquisa não tenha apresentado a relação entre a violência obstétrica e o quesito raça/cor, é importante que os profissionais de saúde que realizam assistência às mulheres e suas famílias tenham ciência que isso pode acontecer em outros cenários e com outros segmentos populacionais.

É importante destacar que, no presente estudo, seis mulheres (2,49%) relataram ter percebido tratamento diferenciado devido a cor da sua pele, diferentemente de estudo estadunidense com mulheres grávidas, em que 92,9% das participantes relataram ter sofrido discriminação racial pelo menos uma vez em algum espaço público ou privado, mostrando que o racismo foi fonte de estresse e tem sido analisado como responsável por partos prematuros e complicações para a mulher e o bebê (CHAMBERS, 2020). Taylor (2020) afirma que, em muitos casos, fatores que podem ser protetivos para as mulheres brancas como a classe social elevada e o maior nível de escolaridade, pode não desempenhar o mesmo papel para as mulheres negras, pois mesmo que as negras tenham essas condições favoráveis, o racismo e a discriminação podem gerar resultados obstétricos negativos, com maiores chances de morbimortalidade materna para as mulheres negras quando comparadas às mulheres brancas (TAYLOR, 2020).

A associação entre as variáveis aleitamento materno exclusivo e a raça/cor autorreferida, para as mulheres que sofreram violência institucional obstétrica não apresentou significância estatística no presente estudo. Apesar de não terem sido encontrados estudos semelhantes na literatura científica para estabelecer comparações, alguns estudos apontam a violência contra a mulher como um fator que dificulta o início da amamentação e sua continuidade (NORMANN, 2020; HOLLAND, 2019). A violência institucional obstétrica tem sido objeto de estudos mais recentes, porém o fato de não haver um consenso sobre a definição do que é exatamente a violência obstétrica é um indicativo de que mais estudos que explorem este tema

e auxiliem na definição são necessários para o reconhecimento de sua prática ((MENA-TUDELA, 2020; MIHVIET, 2019; CASTRO e FRIAS, 2020; BOHREN et al, 2019; van der PIJL,2022; VEDAM et al, 2019). Especialmente quando se considera a violência obstétrica relacionada à raça/cor, os dados apontam para o fato de que o racismo pode estar fortemente atrelado à saúde das populações (LESSA, 2022) e tem consequências deletérias no ciclo gravídico-puerperal, aumentando inclusive a morbimortalidade do binômio mãe e filho e dificultando o acesso aos serviços de saúde e a um acompanhamento pré-natal adequado (LESSA, 2022, LEAL et al, 2017).

Existe uma dificuldade entre os usuários em reconhecer que a discriminação nos serviços de atendimento pode ocorrer devido a raça e não somente por gênero e classe (LEAL et al, 2017). As mulheres negras apresentam maiores índices de morbimortalidade e sofrem mais práticas que podem ser caracterizadas como violência institucional obstétrica. No estudo de âmbito nacional, Nascer no Brasil, foi identificado que as mulheres pretas e pardas têm maiores chances de ter um pré-natal inadequado, incluindo ausência de orientações básicas como as indicações do início do trabalho de parto e as possíveis complicações (sobretudo para as mulheres pretas), recebem menos analgesia de parto, além da falta de vínculo com a maternidade, não ter a presença de acompanhante e ter bebês pós-termo (LEAL et al., 2017). O estudo ainda destaca que as mulheres negras recebem menos intervenções como toques vaginais, episiotomia e partos cesáreas, mas que este indicativo deve ser analisado de forma crítica, pois como a prática obstétrica no Brasil é marcadamente intervencionista e estes procedimentos são considerados pelo público leigo como definidores de um bom atendimento, o menor número dessas intervenções pode demonstrar o racismo e a discriminação às mulheres negras (LEAL et al., 2017).

Para além dos procedimentos técnicos investigados no presente estudo, algumas vivências percebidas pelas participantes podem caracterizar a violência institucional obstétrica. Algumas delas foram identificadas neste estudo, e dentre elas as que tiveram maior porcentagem foram 16,36% de mulheres que relataram que foram feitos comentários irônicos em tom de deboche por profissionais durante o período intra-parto, e 14,48% relataram ter sido feito piada sobre o seu comportamento; essas porcentagens são menores das identificadas em um estudo nacional, que apontou a porcentagem para estes tópicos de 52,3% e 24,3% respectivamente (PALMA e DONELLI 2017). Internacionalmente, pesquisa realizada em países africanos, mostrou que a porcentagem de mulheres que relataram zombaria foi de 8% e na Espanha 34,5% (BOHEN et al, 2019; MENA-TUDELA et al, 2020). Quanto aos sentimentos vivenciados, o que mais foi relatado pelas mulheres deste estudo foi o fato de terem se sentido inferior, vulnerável e insegura (43,93%), corroborando estudo realizado na Espanha que

apresentou 48% das mulheres que se sentiram inseguras para se expressar ou tirar dúvidas com os profissionais (MENA-TUDELA et al, 2020).

Finalmente, vale ressaltar que este estudo havia sido delineado para ser desenvolvido com a realização de coleta de dados de forma presencial. No entanto, devido a pandemia da covid-19 em 2020 e 2021, que necessitou de medidas recomendadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde para a prevenção e diminuição da propagação dessa doença, como as medidas de distanciamento e isolamento social, a coleta de dados presencial foi substituída pela coleta *online*. Por esse motivo, a coleta de forma *online* apresentou limitações, pois a amostra se compôs por conveniência, agregando participantes de diferentes regiões do Brasil, mas sem o número representativo por região, o que pode dificultar a generalização dos dados. No entanto, essa limitação foi superada pela riqueza dos dados coletados, que permitiram ampliar a discussão sobre temática tão importante para a saúde materna.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo nos permitem chegar às seguintes conclusões:

Quanto à caracterização sociodemográfica, a maioria das mulheres que compuseram a amostra deste estudo se autodeclararam brancas, pós-graduadas, com religião, exercendo trabalho remunerado fora do lar, com companheiro e casa própria. Em sua maioria provenientes da região sudeste, recebendo de 4 até 20 salários mínimos e recebendo ajuda nos cuidados para com a criança.

Quanto à caracterização obstétrica, o número de filhos das participantes foi de apenas 1 filho, segundo a maioria, com gestação planejada, e início do pré-natal até a 12ª semana. O número de consultas variou entre o mínimo de 5 e o máximo de 20 consultas, a maior parte delas negou ter tido intercorrências durante a gestação, bem como durante o parto e pós-parto.

A maioria teve parto cesárea, a maior parte das mulheres afirmou ter desejado o parto normal tanto no início quanto no final da gestação, independentemente do tipo de parto realizado no final da gestação. O parto foi realizado em sua maioria no hospital privado e o atendimento para as mulheres com parto normal ocorreu por médico obstetra. A maioria dos recém-nascidos é do sexo feminino e obtiveram um peso considerado adequado para idade gestacional.

Quanto à caracterização da amamentação, a maioria das entrevistadas amamentou o seu bebê na primeira hora de vida, estava amamentando com o leite do peito e estava em aleitamento materno exclusivo no momento da entrevista. Em sua maioria elas referiram que o bebê ficava satisfeito após a mamada, mais da metade relatou ter tido intercorrências durante a amamentação. A maioria das mulheres percebem o seu leite como bom, forte e que sustenta o seu bebê, e mais da metade das mulheres relatou que a forma como os profissionais de saúde as tratou influenciou de alguma forma em seu processo de amamentação e de forma positiva.

Quanto à caracterização de procedimentos realizados no período intraparto, a maioria das mulheres que entraram em trabalho de parto (independentemente do tipo de parto) relataram não ter sido impossibilitadas de caminhar ou de procurar uma posição mais confortável, assim como a maioria negou ter sido realizado algum procedimento médico sem que tenham pedido o seu consentimento ou explicado por que eram necessários.

Durante o período expulsivo para as que tiveram parto normal, metade das mulheres relatou terem sido privadas de adotar uma postura mais confortável durante os puxos ou terem seus puxos dirigidos pelo profissional de saúde.

Para aquelas mulheres que realizaram o parto cesárea, um pouco mais da metade delas afirmaram terem passado por situações como apertarem ou subiram em seu abdome para “ajudar” o bebê a nascer, conversas paralelas entre os profissionais de saúde sobre outros

assuntos, tiveram suas mãos amarradas impedindo que tocasse o bebê e/ou realização de procedimentos sem o consentimento dela ou sem explicar por que eles eram necessários.

A maioria das mulheres negou ter passado por algum tipo de situação desconfortável como ter o contato com o seu bebê adiado, ter o bebê levado imediatamente para sala de procedimentos sem que nenhum profissional explicasse o que estava acontecendo, foi forçada a amamentar ou estabelecer contato com o bebê contra a vontade dela ou ter sido impedida ou dificultaram o aleitamento na primeira hora de vida do bebê sem motivos para justificar esta atitude.

A maioria das mulheres, 88,80%, foram identificadas como tendo sofrido violência institucional obstétrica, dentre elas 28,97% eram negras e 71,03% não negras. Dentre as mulheres negras (n=62) 93,94% sofreram violência e dentre as não negras (n=152) 86,86% sofreram violência.

Quanto ao aleitamento materno entre as participantes no momento da pesquisa, a maioria das participantes estavam amamentando e, entre essas, 71,37% estavam realizando aleitamento materno exclusivo. Mais da metade das mulheres relatou que a forma como foi tratada pelos profissionais de saúde influenciou na amamentação e dentre essas 61,49% relatou ter sido de forma positiva.

Não houve associação significativa entre as variáveis violência institucional obstétrica e raça/cor autorreferida. Importante destacar que 6 (2,49%) mulheres relataram ter percebido tratamento diferenciado devido à cor da sua pele.

Para as mulheres que sofreram violência institucional obstétrica, foi verificada associação entre a raça/cor e o nível de escolaridade, sendo que as mulheres não negras apresentam maior grau de escolaridade (com pós-graduação) do que as mulheres negras, bem como em relação à renda, as mulheres não negras apresentam renda maior do que as negras.

Quando analisado as experiências de vivência e de sentimento, o que mais se destacou foram os relatos de comentários irônicos em tom de deboche, 16,36%, as piadas sobre o seu comportamento, 14,48%, e o fato de terem se sentido inferior, vulnerável e insegura, 43,93%; quando associadas essas variáveis com a variável raça/cor, o resultado dessa análise não foi estatisticamente significativo.

Das mulheres que sofreram violência obstétrica, (n=214), 70,09%, afirmaram estar em aleitamento materno exclusivo no momento em que responderam ao questionário e, para a associação dessas duas variáveis, não houve significância estatística que comprove uma relação entre elas. A associação entre violência institucional obstétrica, aleitamento materno exclusivo e a variável raça/cor também não apresentou resultado estatisticamente significativo.

Eu reforçaria primeiro a violência institucional obstétrica encontrada no estudo.

Apesar dos resultados obtidos no presente estudo, sabe-se que o aleitamento materno é um fator protetivo para a mulher, a criança e a sociedade, e a violência institucional obstétrica, que foi expressiva no presente estudo, tem uma influência deletéria na saúde e segurança materna. Apesar do aumento de estudos internacionais, a discriminação, o racismo e suas influências na saúde reprodutiva, materna e aleitamento materno das mulheres negras são temáticas que necessitam de maior investigação no Brasil, tendo em vista que os escassos estudos brasileiros demonstram que esta população enfrenta maiores iniquidades no acesso aos serviços de saúde e cuidados durante o ciclo gravídico puerperal. Assim, sugerem-se novas pesquisas sobre a temática, com métodos diferenciados e que considerem a ótica racial e a interseccionalidade, a fim de melhorar os indicadores de saúde e de promover uma maternidade segura e um processo de aleitamento materno favorável. Sugerem-se ainda pesquisas que possam contribuir para que haja uma definição do que é a violência institucional obstétrica no Brasil, para que possam ser elaboradas políticas públicas e legislações para o seu enfrentamento a partir de um consenso sobre sua definição.

Quanto às implicações para a prática clínica, sugere-se que haja educação permanente para os profissionais que prestam assistência às mulheres, para que estes tenham acesso à informações fidedignas e possam reconhecer as práticas que caracterizam a violência institucional obstétrica, a violência de gênero, o racismo e qualquer outra violência que possa ser praticada durante a prestação do cuidado. Com isso, poderão refletir, minimizar e eliminar estereótipos, descolonizar o atendimento e integrar na sua assistência práticas de cuidado livres de discriminações. Sugere-se também que os profissionais possam ser capacitados para multiplicar o conhecimento adquirido entre as mulheres, para que elas também possam reconhecer qualquer violência e saibam quais seus direitos e como se proteger.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ADICHIE CN. **Sejamos todos feministas**, tradução: Christina Baum, 21ª reimpressão, São Paulo: Companhia das Letras, 2021

ADICHIE CN. **Para educar crianças feministas: um manifesto**, tradução: Denise Bottmann, 13ª reimpressão, São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

AKOTIRENE C. **Interseccionalidade**. 4ªed. São Paulo: Polém, , 2019.

ALMEIDA S, **Racismo estrutural**. São Paulo: Jandira, 2020.

ASSIS JF. **Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica**. Serviço Social & Sociedade, n.133, p. 547-565, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/JfVQpC8kyzshYtTxMVbL5VP/abstract/?lang=pt>.

AZEREDO Y N, SCHRAIBER, L.B. **Violência Institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate**. Ciência & Saúde Coletiva, v.22, n.9 p.3013-3022, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-3013.pdf>>.

BALUTA MC, MOREIRA D. **A Injunção da maternagem e a violência**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 27, n.2, e48990,2019. Disponível em: DOI: 10.1590/1806-9584-2019v27n248990.

BARROS DS. **Escolaridade e distribuição de renda entre empregados na economia brasileira: uma análise comparativa dos setores público e privado dos anos 2001 e 2013**. Revista economia contemporânea, v.21n.3, p.1-26, 2017.

BETRAN AP, YE J, MOLLER AB, SOUZA JP, ZHANG J. **Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates** *BMJ Global Health*, v.6 n.e005671., 2021. Available from: <https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671>

BHATIA M, BANERJEE K, DIXIT P, DWIVEDI LK. **Assessment of Variation in Cesarean Delivery Rates Between Public and Private Health Facilities in India From 2005 to 2016**. *JAMA Netw Open*,v.3, n.8, e2015022, 2020. Available from: doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.15022.

BOHREN , M.A. et al. **The mistreatment of woman during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-methods Systematic Review**. *PLOS Medicine* v.12, n.6, 2015. Disponível em: < <http://journals.plos.org/plosmedicine/article/authors?id=10.1371/journal.pmed.1001847>>.

BOHREN MA, MEHRTASH H, FAWOLE B, MAUNG TM, BALDE MD, MAYA E, THWIN SS, ADEROBA AK, VOGEL JP, IRINYENIKAN TA, ADEYANJU AO, MON NO, ADU-BONSAFFOH K, LANDOULSI S, GUURE C, ADANU R, DIALLO BA, GÜLMEZOGLU AM, SOUMAH AM, SALL AO, TUNÇALP Ö. **How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys**. *Lancet*,v.394, n.10210, p.1750-1763, 2019. Available from: doi: 10.1016/S0140-6736(19)31992-0.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **RESOLUÇÃO N°466/12. Sobre Pesquisa em Seres Humanos**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Despacho/Ofício nº 017/19 – JUR/SEC, de 03 de maio de 2019.** Disponível em: <https://bit.ly/2LcGgXI> Acesso em 28 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada saúde da mulher na gestação, parto e puerpério, 2019.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **OFÍCIO Nº 296/ 2019/ COSMU/ CGCIVI/ DAPES/ SAPS/ MS, de 07 de junho de 2019.** Disponível em: <https://bit.ly/30QHoXx> Acesso em 28 jul. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, n.23, p. 184, 2015.

BRASIL, **Lei nº. 11.340, 7 de agosto de 2006, (lei Maria da Penha).** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm

CASTRO R, FRÍAS SM. **Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey.** *Violence Against Women.* v.26, n.6-7, p.555-572, 2020. doi: 10.1177/1077801219836732.

Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação BR (Cetic Br). **Pesquisa de Tecnologias de Informação e Comunicação nos Domicílios Brasileiros, TIC Domicílios, 2021,** São Paulo, 2022.

CHAMBERS BD, ARABIA SE, AREGA HA, ALTMAN MR, BERKOWITZ R, FEUER SK, FRANCK LS, GOMEZ AM, KOBER K, PACHECO-WERNER T, PAYNTER RA, PRATHER AA, SPELLEN SA, STANLEY D, JELLIFFE-PAWLOWSKI LL, MCLEMORE MR. **Exposures to structural racism and racial discrimination among pregnant and early post-partum Black women living in Oakland, California.** *Stress Health.* v.36, n.2, p.:213-219, 2020. Available from: doi: 10.1002/smi.2922.

CHINN JJ, MARTIN IK, REDMOND N. **Health Equity Among Black Women in the United States.** *J Womens Health (Larchmt),* v.30, n.2, p.212-219, 2021. doi:10.1089/jwh.2020.8868

CONVENÇÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará”, adotada em Belém do Pará, Brasil, 9 de jun.1994.** Disponível em: <http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>

COSTA FS et al. **Promoção do aleitamento materno no contexto da Estratégia de Saúde da Família.** *Revista Rede de Cuidado em Saúde.* v.13, n1, 2019. Disponível em: < <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/5546>.>

CRENSHAW K. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero.** *Revista de Estudos Feministas, Florianópolis,* v. 10, n. 1, p.171-188, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2002000100011&script=sci_abstract&tlng=pt.

DAVIS A, **Mulheres, raça e classe,** tradução Heci Regina Candiani, 1ªad, São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVIS DA. **Reproduzindo enquanto negro: a crise da saúde materna negra, racismo obstétrico e tecnologia de reprodução assistida.** *Reprod Biomed Soc Online.*, v.11, p.56-64, 2020. Disponível em: doi:10.1016/j.rbms.2020.10.001

DUDUKCU FT, AYGOR H, KARAKOC H. **Factors Affecting Breastfeeding within the First Hour After Birth.** *Niger J Clin Pract*, v.25, p.62-68, 2022. Available from: <https://www.njcponline.com/text.asp?2022/25/1/62/335993>.

FONTANELLES M.J, SIMÕES MG, FARIAS SH, FONTANELLES RGS **Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa.** Ver. Para. Med. v.23, n.3, jul-set, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>>

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil 2021.** São Paulo: FBSP,3ªed., 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Pesquisa Nacer no Brasil: inquérito nacional do parto e nascimento (2011 a 2012).** Disponível em: - <https://portal.fiocruz.br/noticia/nacer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>. Acessado em: novembro,2022.

GRUMMER-STRAWN LM et al. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **New World Health Organization guidance helps protect breastfeeding as a human right.** WileyOnlineLibrary.2017. Available from: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/mcn.12491>>.

GYAMFI A, O'NEILL B, HENDERSON WA, LUCAS R. **Black/African American Breastfeeding Experience: Cultural, Sociological, and Health Dimensions Through an Equity Lens.** *Breastfeed Med*, v.16, n.2, p.103-111, 2021. Available from: doi:10.1089/bfm.2020.0312.

HABERLAND D, SCISLESKI A. **“Fantástica Fábrica de Leite”: Problematizando o Discurso de Apoio à Amamentação.** *Rev. Polis e Psique*, v.7, n.3, p. 161 – 179, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v7n3/n7a10.pdf>

HAMED S, BRADBY H, AHLBERG BM, THAPAR-BJÖRKERT S. **Racism in healthcare: a scoping review.** *BMC Public Health*, v.22, n.1, p.988, 2022. Available from: doi: 10.1186/s12889-022-13122-y.

HOOKS b. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**, tradução: Bhuvi Labanio, 13ªed., Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

HOOKS b. **E eu não sou uma mulher ?: mulheres negras e feminismo**, tradução: Bhuvi Labanio, 6ªed., Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

HOLLAND ML, THEVENENT-MORRISON K, MITTAL M, NELSON A,DOZIER AM. **Breastfeeding and Exposure to Past, Current, and Neighborhood Violence.** *Matern Child Health J*, v.22, n.1, p.82-91, 2018. Available from: doi: 10.1007/s10995-017-2357-1.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, (Org.). **Atlas da**

violência 2021. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: IPEA; FBSP, IJSN, 21021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141atlasdaviolencia2021completo.pdf>

JARDIM DMB, MODENA CM. **Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics.** *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;26:e3069. Published 2018 Nov 29. doi:10.1590/1518-8345.2450.3069

KOPERECK CS et al. **A violência obstétrica no contexto multinacional.** *Rev Enferm UFPE on line., Recife.,v.12, n. 7, p. 2050-60.* 2018. Disponível em:<<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231399p2050-2060-2018>>.

LANSKY S, et al. **Violência obstétrica: influência da Exposição Sentido do Nascer na vivência das gestantes.** *Ciência&Saúde Cletiva,* v24, n. 8, p. 2811-2823, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n8/1413-8123-csc-24-08-2811.pdf>>

LEAL MC, GAMA SGN, PEREIRA APE, PACHECO VE, CARMO CN, SANTOS RV. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública.v. 33, n. Suppl 1, e00078816,* 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>>.

LEONARD SA, MAIN EK, SCOTT KA, PROFIT J, CARMICHAEL SL. **Racial and ethnic disparities in severe maternal morbidity prevalence and trends.** *Ann Epidemiol.,* v.33, p.30-36, 2019. Disponível em: doi:10.1016/j.annepidem.2019.02.007

LESSA MSA, NASCIMENTO ER, COELHO EAC, SOREA IJ, RODRIGUES QP, SANTOS CAST, NUNES IM. **Pré-Natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e implicações para o cuidado.** *Cienc. Saúde Coletiva,* v.27, n.10, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/twSzJkjbDCRB9xdT3HRVrdv/>.

LÉVESQUE S, FERRON-PARAYRE A. **To Use or Not to Use the Term "Obstetric Violence": Commentary on the Article by Swartz and Lappeman.** *Violence Against Women.,* v27, n.8, p.1009-1018. Available from: doi:10.1177/1077801221996456

LIMA KD, PIMENTEL CL, MACIEL T. **Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras.** *Ciência & Saúde Coletiva. .v. 26, suppl 3, pp. 4909-4918,* 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>>.

LØVÅSMOEN EML, BJØRGO MN, LUKASSE M, SCHEI B, HENRIKSEN L. **Women's preference for caesarean section and the actual mode of delivery - Comparing five sites in Norway.** *Sex Reprod Healthc,* v.16, p.206-212, 2018. Available from: doi: 10.1016/j.srhc.2018.04.009.

LUDEMIR AB et al. **Previous experience of Family violence and intimate partner violence in pregnancy.** *Revista de Saúde Pública,* v. 51, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100276>.

MACLELLAN J, COLLINS S, MYATT M, POPE C, KNIGHTON W, RAI T. **Black, Asian and minority ethnic women's experiences of maternity services in the UK: A qualitative evidence synthesis.** *Journal of Advanced Nursing,* v.78, p. 2175–2190. 2022. Available from: doi: 10.1111/jan.15233.

MEADOWS KA. **So you want to do reasearch; 4: An introduction to quantitative methods.** British of Community Nursing. v.8, n.11, p. 519-526, 2003.

MENA-TUDELA D, IGLESIAS-CASÁS S, GONZÁLEZ-CHORDÁ VM, CERVERA-GASCH Á, ANDREU-PEJÓ L, VALERO-CHILLERON MJ. **Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences.** Int J Environ Res Public Health, v.17, n.21, p.7726. Available from: doi: 10.3390/ijerph17217726.

MENDES SC, LOBO IKV, SOUSA SQ, VIANNA RPT. **Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno.** Ciência &Saúde Coletiva, v. 24, n.5, p.1821-1829, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NCC5J3jDRFsxSm66rbQyfLk/?lang=pt>

MESENBURG MA, VICTORA CG, JACOB SERRUYA S, PONCE DE LEÓN R, DAMASO AH, DOMINGUES MR, DA SILVEIRA MF. **Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort.** Reprod Health, v. 15, n.1, p.54, 2018. Available from: doi: 10.1186/s12978-018-0495-6.

MIHRET MS. **Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia.** BMC Res Notes, v.12, n.1p. 600, 2019 Available from: doi: 10.1186/s13104-019-4614-4.

MONTEIRO JCS, GOMES FA, STEFANELLO J, NAKANO AMS. **Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo.** Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 359-367, 2011.

MONTEIRO JCS , GUIMARÃE CMS , MELO LCO , BONELLI MCP. **Breastfeeding self-efficacy in adult women and its relationship with exclusive maternal breastfeeding.** Rev Lat Am Enfermagem, v.28, e3364, 2020. Available from: doi: 10.1590/1518-8345.3652.3364.

NAKAMURA-PEREIRA M, DO CARMO LEAL M, ESTEVES-PEREIRA AP, DOMINGUES RM, TORRES JA, DIAS MA, MOREIRA ME. **Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth.** *Reprod Health*, v.13, n. Suppl 3, p. 128, 2016. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0228-7>

NORMANN AK, BAKIEWICZ A, KJERULFF MADSEN F, KHAN KS, RASCH V, LINDE DS. **Intimate partner violence and breastfeeding: a systematic review.** BMJ Open, v.10, n.10, e034153, 2020. Available from: doi: 10.1136/bmjopen-2019-034153.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre as taxas de cesárea.** Genebra, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **COVID-19 e a violência contra a mulher. O que o setor/sistema de saúde pode fazer.** 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52016>.

OWENS DC, FETT SM. **Black Maternal and Infant Health: Historical Legacies of Slavery.** Am J Public Health, v.109, n.10p.1342-1345, 2019. Available from: doi: 10.2105/AJPH.2019.305243.

PALMA CC, DONELLI TMS. **Violência obstétrica em mulheres brasileiras.** Psico Porto Alegre, v.48, n.3, pg 216-230, 2017.

PEREIRA VA, RODRIGUES OMPR, DONATO ML, MARUCHI FC, AMARAL PJV. **Análise das recomendações de manuais de aleitamento infantil: possibilidades e desafios.** Periodicos Eletrônicos em Psicologia-PEPSICO, v.24, n.3, 2016. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300013>.

PERNER MS, ORTIGOZA A, TROTTA A, YAMADA G, ARIELA BRAVERMAN BRONSTEIN AB, FRICHE AA, ALAZRAQUI M, ROUX AVD. **Cesarean sections and social inequalities in 305 cities of Latin America.** SSM - Population Health, v19, 2022. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101239>

PETRUCCELLI, J.L. **Autoidentificação, identidade étnico-racial e heteroclassificação.** In: PETRUCCELLI, J.L.; SABOIA, A.L. (Orgs.). Características étnico-raciais da população: classificações e identidades. Rio de Janeiro: IBGE, p. 31-50, 2013.

REIS MCG et al. Prevalência de anemia em crianças de 3 a 12 meses de vida em um serviço de saúde de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 792-799, 2010.

ROZENSZTRAUCH A, KLANIEWSKA M, BERGHAUSEN-MAZUR M. **Factors affecting the mother's choice of infant feeding method in Poland: a cross-sectional preliminary study in Poland.** Ir J Med Sci. v.191, n.4, p.1735-1743, 2022. Available from: doi: 10.1007/s11845-021-02751-8.

SADLER M, LEIVA G, OLZA I. **COVID-19 as a risk factor for obstetric violence.** Sexual and Reproductive Health Matters, 28:1, 1785379, 2020. DOI: 10.1080/26410397.2020.1785379

SHEIKH J, ALLOTEY J, KEW T, FERNÁNDEZ-FÉLIX BM, ZAMORA J, KHALIL A, et al. **Effects of race and ethnicity on perinatal outcomes in high-income and upper-middle-income countries: na individual participant data meta-analysis of 2.198.655 pregnancies.** The Lancet, v.400, n.10368, p.2049-2062, 2022. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01191-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01191-6).

SCOTT J. **Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history.** New York, Columbia Press, 1989.

SILVA IC. **Deficiência de ferro em crianças de 3 a 12 meses: compreensão de determinantes biológicos, sociais e suas implicações para o incentivo ao aleitamento materno.** Relatório Científico Final FAPESP, 2007.

SILVA MC, FEIJÓ BM, LOPES FANSP, GUERRA JF, SANTOS IS, RODRIGUES GO, SANTOS MP, ANJOS SJSB. **Parto e nascimento na região rural: a violência obstétrica.** Ver enferm. UPFE On Line, Recfe, v.12, n.9, p.2407-20417, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234440/29934>

SOUSA PKS, NOVAES TG, MAGALHÃES EIS, GOMES AT, BEZERRA VM, PEREIRA NETTO M, ROCHA DS. **Prevalence and factors associated with maternal breastfeeding in the first hour of life in full-term live births in southwest Bahia, Brazil, 2017***, Epidemiol Serv. Saúde; v.29, n.2, 2020. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200016>.

TAYLOR J. **Structural Racism and Maternal Health Among Black Women.** Journal of Law, Medicine & Ethics, v.48, n.3, p.506-517, 2020. Available from: <https://doi.org/10.1177/1073110520958875>.

TENAW Z, KASSA ZY, KASSAHUN G, AYENEW A. **Maternal Preference, Mode of Delivery and Associated Factors among Women Who Gave Birth at Public and Private Hospitals in Hawassa City, Southern Ethiopia.** Saúde Ann Glob, v 85, n.1p.115, 2019. Available from: doi: 10.5334/aogh.2578 PMID: PMC6706999 PMID: 31441629.

United Nations Children's Fund (UNICEF) / World Health Organization (WHO). **GLOBAL BREASTFEEDING SCORECARD. Protecting breastfeeding through further investments and policy actions, 2022.** Available from: <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/1921/file>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). **Aleitamento materno: prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos. ENANI: Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil, 2019,** documento eletrônico-Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorio-4-aleitamento-materno/>

VAN DER PIJL MSG, VERHOEVEN CJM, VERWEIJ R, VAN DER LINDEN T, KINGMA E, HOLLANDER MH, DE JONGE A. **Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12, 239 women in the Netherlands: a national survey.** Reprod Health, v.19, n1, p.160, 2022. Available from: doi: 10.1186/s12978-022-01460-4.

VEDAM S, STOLL K, TAIWO TK, RUBASHKIN N, CHEYNEY M, STRAUSS N, MCLEMORE M, CADENA M, NETHERY E, RUSHTON E, SCHUMMERS L, DECLERCQ E; GVTM-US Steering Council. **The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States.** Reprod Health, v. 16, n1, p.77, 2019. Available from: doi: 10.1186/s12978-019-0729-2.

WESCHENFELDER VI, FABRIS ETH. **Tornar-se mulher negra: escrita de si em um espaço interseccional.** Revista Estudos Feministas, v.27, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/V5GmfZLb5mKJRZCfKdcvhVL/abstract/?lang=pt>

WERNECK, J. **Racismo institucional e saúde da população negra.** Saúde. Soc. São Paulo., v.25, n.3, p.535-549, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Respect Women: Preventing violence against women.** Genebra, 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.19>

WU J, FENG L, ZHANG H, GUO L, PÉREZ-ESCAMILLA R, HU Y. **The Inconsistency Between Women's Preference and Actual Mode of Delivery in China: Findings From a Prospective Cohort Study.** Public Health. v.10, p.782-784., 2022. Available from: doi: 10.3389/fpubh.2022.782784.

ZAIDEN L, NAKAMURA-PEREIRA M, GOMES MAM, ESTEVES-PEREIRA AP, LEAL MC. **Influência das características hospitalares na realização de cesárea eletiva na Região Sudeste do Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v.36, n.1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ztyfhn6y396TvHNyDcwYH/?lang=pt>.

APENDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Hellen Aparecida de Azevedo Pereira, enfermeira, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, venho por meio deste, convidá-la a participar da pesquisa intitulada **“Violência institucional obstétrica no processo de amamentação: análise sob a ótica étnico/racial”**, que tem por objetivo analisar a violência institucional na assistência ao aleitamento materno entre mulheres atendidas em um serviço público de saúde no município de Ribeirão Preto.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios. Caso você aceite participar, assumo o compromisso de manter em segredo a sua identidade. Acrescento que, você é livre para recusar-se e interromper a sua participação na pesquisa, bem como retirar o seu consentimento a qualquer momento. Você será esclarecida sobre todos os procedimentos da pesquisa e em qualquer aspecto que desejar.

Esclareço que não é esperado que você receba benefícios diretos pela participação nesta pesquisa. Ao responder os questionários você poderá contribuir para a temática da violência institucional obstétrica e seu impacto no processo de amamentação, a fim de promover melhorias na assistência à mulher, bem como fortalecer as políticas públicas de saúde no âmbito da saúde da mulher. Informo também, que você não terá despesas ao participar.

Caso você aceite participar voluntariamente desta pesquisa, será garantido a você uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado por mim e por você. Em seguida, você deverá responder um instrumento que exigirá cerca de 30 minutos aproximadamente do seu tempo e será reaplicado aos 90 e 180 dias de pós-parto nesta mesma instituição. Os riscos decorrentes de sua participação nesta pesquisa poderão estar relacionados a dúvidas ou desconforto em responder algumas questões do instrumento. Neste caso, estarei pronta para ouvi-la, esclarecer dúvidas e questionamentos, bem como oferecer suporte emocional se houver necessidade; você poderá entrar em contato com as pesquisadoras por meio dos contatos fornecidos ao final desta página. Você terá a liberdade para interromper a entrevista a qualquer tempo e será de sua escolha a retomada da mesma em outro momento.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados e publicados em meios científicos, mas a sua identidade não será divulgada, mantendo-se em sigilo. Caso haja eventuais danos

decorrentes da sua participação na pesquisa, você terá direito à indenização conforme as leis vigentes no país.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa. Assim, em caso de dúvidas éticas, você pode entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, sito à Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 14040-902, telefone (16) 3315-9197, horário de atendimento em dias úteis de segunda-feira a sexta-feira das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas.

Agradeço a colaboração, colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários por meio telefônico (16)99207-1073 ou e-mail (hellen.azevedo@usp.br).

Eu, _____, declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. Desta forma, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntária da pesquisa acima descrita.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante do estudo: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Pesquisadora: Hellen Aparecida de Azevedo Pereira

End. Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 14040-902

Telefone: (16) 99207-1073

e-mail: hellen.azevedo@usp.br

APÊNDICE 2

1º Instrumento de coleta de dados

Data: ____/____/____ Pesquisadora: _____ Formulário nº _____
Nome da participante _____
Nº Hygia _____ Registro na matern. _____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
DATA NASC	()	1. Data de nascimento: ____/____/____
IDADE	()	1.1 Idade em _____ anos completos
CORAUTO	()	2. Cor auto referida: () 1 – branca; 2 – preta; 3 – amarela; 4 – parda; 5 -vermelha.
ESCOLAR	()	3. Escolaridade () 1 – Analfabeta; 2 - Ensino fundamental incompleto; 3 - Ensino fundamental completo; 4 - Ensino médio incompleto; 5 - Ensino médio completo; 6 - Ensino superior incompleto; 7 - Ensino superior completo; 8 - Pós-graduada.
RELIGIAO	()	4. Religião: () 1 – católica; 2 – evangélica; 3 – espírita; 4 – protestante; 5 - judaica; 6 - afro-brasileira; 7 – budista; 8 – muçulmana; 9 - testemunha de Jeová; 10 – anglicana; 11 – agnóstico; 12 – ateu; 13 - creio em Deus, mas não tenho religião; 14 - não tem; 15 – outras. _____
OCUPACAO	()	5. Ocupação: () 1 - realiza trabalho remunerado fora do lar; () 2 - não realiza trabalho remunerado fora do lar.
ESTMARIT	()	6. Estado marital: () 1 – solteira; 2 – casada; 3 – amasiada; 4 - divorciada/separada; 5 - outra _____
MORADIA	()	7. Situação de moradia: () 1 – própria; 2 – alugada; 3 – emprestada; 4 - invadida; 5 - outra _____
RENDA	()	8. Renda familiar em reais: _____
AJUDA	()	9.1. Alguém te ajuda com os cuidados do bebê? () 1 – sim; 2 – não.
AJUDQUEM	()	9.2. Se sim, quem? () 1 - marido/companheiro; 2 – mãe; 3 – sogra; 4 - outro familiar; 5 – amiga; 6 - outro _____ 999 - não se aplica (não terá ajuda)

III. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS		
NUM.GESTA	()	11.1. Número de gestações: ()
NUMPARTO	()	11.2. Número de partos: ()
NUM.ABORT	()	11.3. Número de abortos: () não se aplica (não teve) ()
NUM.FILH	()	12. Número de filhos vivos: ()
GEST.PLAN	()	13. Gestação atual foi planejada? () 1 – sim; 2 – não.
IGPN	()	14. Idade gestacional do início do pré-natal em semanas: _____
NUM.PN	()	15. Número de consultas de pré-natal: _____
INT.GES	()	16.1. Intercorrências na gestação atual: () 1 – sim; 2 - não.
INT.GESQU	()	16.2. Intercorrências na gestação atual: Se sim, qual? _____
DATAPART	()	17. Data do parto: ____/____/____
TIOPART	()	18. Tipo de parto atual: () 1 – normal; 2 – cesárea; 3 – fórceps.
INTPART	()	19. 1. Intercorrências no parto: () 1 – sim; 2 – não.
INTPARTQ	()	19. 2. Intercorrências no parto: Se sim, qual? _____
INTPOSP	()	20.1. Intercorrências no pós-parto: () 1 – sim; 2 – não.
INTPOSPQ	()	20. 2. Intercorrências no pós-parto: Se sim, qual? _____
SEXOCRIA	()	21. Sexo do recém-nascido: () 1 - feminino; 2 - masculino.
PESONASC	()	22. Peso do recém-nascido no nascimento: _____ (em gramas)
AMPRIHR	()	23. Realizou amamentação na 1ª hora pós-parto: () 1 – sim; 2 – não; 3 - não sabe.
AMCOLETA	()	24. Aleitamento no momento da coleta de dados: () 1 - aleitamento materno exclusivo; 2 - aleitamento materno predominante (com água e/ou chá); 3 - aleitamento materno misto (com outros leites); 4 - Não está amamentando.

ANEXOS

ANEXO 1

2º Instrumento de coleta de dados
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO PARTO

Responda o questionário com base na última gestação

Nome completo: _____

Idade: _____

Cidade e Estado onde reside atualmente: _____

Escolaridade: _____

Renda familiar: _____

Número de gestações anteriores: _____

Teve algum aborto:

() Sim

() Não

Teve complicações durante a gestação? Se sim, quais?

Data do parto: _____

Quantas semanas/dias de gestação ao nascer: _____

Teve complicações o parto/ cesárea? Se sim quais?

1. Que tipo de parto você teve?

() Normal, sem indução;

() Normal, com indução;

() Cesárea, após entrar em trabalho de parto;

() Cesárea agendada;

() Cesárea de emergência;

() Outro.

1.1 Preferência no início da gestação:

() Parto Normal;

() Cesárea.

1.2 Preferência no final da gestação:

() Parto Normal;

() Cesárea.

1.3 Se você fez cesariana:

() Você DESEJOU A CESARIANA já no início da gestação;

() Você queria PARTO NORMAL, mas mudou de opinião ao longo da gestação, POR VONTADE PRÓPRIA;

() Você queria PARTO NORMAL, mas mudou de opinião ao longo da gestação, POR INDICAÇÃO MÉDICA;

4.4 Outro. Qual?

- () Você entrou em trabalho de parto?
 () Você NÃO entrou em trabalho de parto e fez cesárea.

5. Durante o TRABALHO DE PARTO, você

Marque apenas o que ocorreu com você

- () Foi impossibilitada de caminhar;
 () Foi impossibilitada de procurar posições mais confortáveis segundo as suas necessidades.

Durante o trabalho de parto e parto foram realizados os seguintes procedimentos médicos SEM QUE TENHAM PEDIDO SEU CONSENTIMENTO OU EXPLIADO POR QUE ERAM NECESSÁRIOS?

Marque apenas o que ocorreu com você

- () Enema (lavagem intestinal);
 () Tricotomia (raspagem do pelos);
 () Uso de ocitocina ("soro" para acelerar o trabalho de parto);
 () Toques vaginais repetitivos;
 () Toques vaginais realizados por diferentes pessoas;
 () Proibição para ingerir alimentos ou bebidas;
 () Rompimento artificial da bolsa (profissional rompeu/estourou sua bolsa);
 () Apertaram ou subiram na sua barriga para "ajudar" o bebê a nascer;
 () Episiotomia (corte no períneo, "pique lá embaixo");
 () Cesárea;
 () Corte imediato do cordão umbilical.

6.1 Outros. Quais?

7. Durante o PERÍODO "EXPULSIVO", ou seja, no momento de fazer força para o bebê nascer você:

Marque APENAS o que ocorreu com você:

- () Foi privada da possibilidade de adotar a postura mais confortável para você realizar os puxos (fazer força);
 () Teve "puxos dirigidos" pelo profissional de saúde, ou seja, ele dizia a frequência e o modo como você deveria fazer força sem respeitar seu ritmo.

8. Lembrando sua CESÁREA, marque APENAS as situações que aconteceram com você:

- () Começar a cotar seu abdômen, sem esperar anestesia "fazer efeito";
 () Apertar ou subir na sua barriga para "ajudar" o bebê nascer;
 () Conversas paralelas entre os profissionais sobre outros assuntos;

- () Manter suas mãos amarradas, impedindo que tocasse seu bebê;
- () Realização de procedimentos sem seu consentimento ou sem explicar por que eram necessários.

8.1 Outros. Quais?

9. Relembrando o MOMENTO LOGO APÓS O NASCIMENTO, ainda na sala de parto/cesárea, antes dos primeiros cuidados com o bebê (pesar, medir etc.) marque APENAS as situações que aconteceram com você:

- () Teve o contato com o seu bebê adiado, para que o profissional realizasse procedimentos desnecessários ou que podiam esperar;
- () Teve o seu bebê levado imediatamente para a sala de procedimentos, sem que nenhum profissional lhe explicasse o que estava acontecendo com ele;
- () Foi forçada a amamentar ou estabelecer contato com o seu bebê (pegar no colo, olhar o bebê etc.) contra a sua vontade;
- () Impediram ou dificultaram o aleitamento na 1ª hora de vida do bebê, sem motivos para justificar esta atitude.

De uma maneira geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento da equipe de saúde durante seu parto/cesárea?

Considere 1(péssimo) e 10 (excelente)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Péssimo												Excelente

Informações complementares

Caso exista alguma situação/acontecimento que você vivenciou em seu parto/cesárea e que não foi contemplado neste questionário, por favor, escreva aqui:

ANEXO 2

3º Instrumento de coleta de dados		
Data: ____/____/____		
	()	Contato com: () 30 dias; () 90 dias; () 180 dias.
Vamos falar agora sobre como você está alimentando seu filho, nestes últimos dias em sua casa.		
ESTAMAM	()	1. Você está amamentando seu bebê com leite do peito? () 1 - sim; 2 - não. (Se não, vá para a questão 6 em diante)
AME	()	2. O leite materno é o único alimento oferecido? () 1 - sim; 2 - não. (Se não, vá para a questão 6 em diante)
TERMAM	()	3. O término da mamada, na maioria das vezes, ocorre: () 1 - porque a criança larga; 2 - você interrompe.
ESVAZIA	()	4. Qual a sua percepção sobre o esvaziamento da mama após mamada? () 1 - Mama continua cheia ao final da mamada; 2 - Mama parece estar vazia e leve ao final da mamada; 3 - Retira o bebê antes de sentir a mama esvaziar.
SATISFBB	()	5. Você acha que a criança fica satisfeita ao término da mamada? () 1 - sim; 2 - não. (Se não vá para a questão 8.)
TEMPAME	()	6., até que idade a criança mamou só leite materno (sem água, chá, outro leite ou alimento)? () dias; 999 - não se aplica (está amamentando).

7. Que outro alimento ou líquido que você está oferecendo? (especificar o tipo de alimento, quando iniciou - em dias de vida da criança, frequência de oferecimento por dia.

Alimento/líquido	Introdução com quantos dias de vida da criança	Frequência por dia	Motivo

PARA TODAS AS PARTICIPANTES

INTERAM	()	8.1. Você teve alguma intercorrência durante o tempo de aleitamento materno? () 1 - sim; 2 - não.
INTERAMQ	()	8.2 Se sim, qual?
ACHALEIT	()	9. O que você acha do leite que você produz ou produzia? () 1 - Bom, forte, sustenta(+); 2 - Ruim, fraco, não sustenta (-).

ANEXO 3

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Violência institucional obstétrica no processo de amamentação: análise sob a ótica étnico/racial.

Pesquisador: HELLEN APARECIDA DE AZEVEDO PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25950219.3.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.152.952

Apresentação do Projeto:

Trata-se de proposta de emenda a projeto de pesquisa já apreciado e aprovado por este CEP, Parecer Consubstanciado número 3.915.258, de 13 de março de 2020. De acordo com a pesquisadora: "com a pandemia da COVID-19 e as medidas adotadas pelos órgãos oficiais e da Universidade para diminuição da circulação do vírus da doença e prevenção de sua contaminação, houve a necessidade de realizar adaptações para a realização da pesquisa e reprogramar a forma de coleta de dados. Por esse motivo, estamos encaminhando a pesquisa novamente com o adendo da solicitação de alterações descritas a seguir.

Foram realizadas alterações na seção de materiais e métodos do projeto, sendo alterado o local da investigação e o procedimento da coleta de dados, bem como a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que a pesquisa terá como população de referência todas as mulheres de Ribeirão Preto que estiverem em período pós-parto de 30, 90 e 180 dias; o questionário será aplicado de forma on line e o recrutamento das participantes que preencherem os critérios de inclusão será feito por meio de mídias sociais (Facebook, Instagram e WhatsApp). Será disponibilizado o TCLE na primeira página do questionário on line e as participantes farão a concordância eletronicamente, somente após esta etapa a participante poderá responder o instrumento de coleta de dados caso aceite participar da pesquisa. O instrumento de coleta de dados será transposto para a plataforma de questionário on line Google Forms e será acessada através do link disponibilizado com o convite para participar da pesquisa."

Endereço: BANDEIRANTES 3000

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)2315-9197

E-mail: cep@ceerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Protocolo: 4.152-952

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Este trabalho tem por objetivo geral analisar a violência institucional hospitalar na assistência obstétrica ao aleitamento materno entre mulheres atendidas em um serviço público de saúde no município de Ribeirão Preto, de acordo com a ótica étnico-racial.

Objetivo Secundário:

- Identificar a ocorrência da violência institucional obstétrica hospitalar na assistência em aleitamento materno entre mulheres participantes do estudo.
- Identificar a duração do aleitamento materno exclusivo entre as participantes.
- Verificar a existência de associação entre a violência institucional obstétrica hospitalar e a duração do aleitamento materno exclusivo.
- Analisar a ocorrência da violência institucional obstétrica hospitalar no aleitamento materno de acordo com a etnia/raça das mulheres estudadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

As perguntas do questionário podem fazer com que a mulher reviva sentimentos de angústia causados pela violência vivenciada pela mesma, neste caso será realizado o acolhimento e a escuta ampliada, caso haja a necessidade de um profissional psicólogo será feito o encaminhamento para o profissional designado para atender as demandas da UBS Parque Ribeirão após acordo prévio com a unidade.

Benefícios:

Contribuir para a temática da violência institucional obstétrica e seu impacto no processo de amamentação, a fim de promover melhorias na assistência à mulher, bem como fortalecer as políticas públicas de saúde no âmbito da saúde da mulher.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Considerando que o presente protocolo identifica que a coleta de dados se dará por meio de

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@serp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.152.862

questionário online, solicita-se que a modalidade de registro indique, de forma DESTACADA, ao participante de pesquisa a importância de guardar em seus arquivos uma cópia do documento de Registro de Consentimento e/ou garantindo o envio da via assinada pelos pesquisadores ao participante de pesquisa. [

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O documento "folharesto.pdf" deverá ser reapresentado com a devida assinatura da Direção da EERP, por meio de Notificação, quando retomarem as atividades presenciais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_157951_8_É1.pdf	19/06/2020 13:21:41		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	19/06/2020 13:17:20	HELLEN APARECIDA DE AZEVEDO PEREIRA	Aceito
Outros	Oficioemenda.pdf	18/06/2020 17:27:34	HELLEN APARECIDA DE AZEVEDO PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	18/06/2020 17:27:10	HELLEN APARECIDA DE AZEVEDO PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	18/06/2020 17:25:04	HELLEN APARECIDA DE AZEVEDO PEREIRA	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	18/06/2020 17:23:17	HELLEN APARECIDA DE AZEVEDO PEREIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/06/2020 17:17:48	HELLEN APARECIDA DE AZEVEDO PEREIRA	Aceito
Outros	Solicitacaoparausodoquestionario.pdf	13/11/2019 09:29:39	HELLEN APARECIDA DE AZEVEDO PEREIRA	Aceito
Outros	OficioEncaminhamento.pdf	13/11/2019 09:18:04	HELLEN APARECIDA DE AZEVEDO PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	13/11/2019	HELLEN	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.152-922

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09:09:44	DE AZEVEDO PEREIRA	Aceito
--	----------	----------	-----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 14 de Julho de 2020

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cnp@esep.usp.br