

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA DAS ORGANIZAÇÕES, SOCIAL E DO TRABALHO

Violência Obstétrica em Portugal: polifonia dos corpos brasileiros racializados

Mariana Holanda Rusu

M

2024



FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM PORTUGAL: POLIFONIA DOS CORPOS
BRASILEIROS RACIALIZADOS**

Mariana Holanda Rusu

Junho de 2024

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia das Organizações, Social e do Trabalho, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Maria da Conceição Nogueira (FPCEUP) e co-orientada pela Professora Doutora Joana Topa (UMAIA).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Eu-Mulher

*Uma gota de leite
me escorre entre os seios.*

*Uma mancha de sangue
me enfeita entre as pernas*

*Meia palavra mordida
me foge da boca.*

Vagos desejos insinuam esperanças.

*Eu-mulher em rios vermelhos
inauguro a vida.*

*Em baixa voz
violento os tímpanos do mundo.*

Antevejo.

Antecipo.

Antes-vivo

Antes – agora – o que há de vir.

Eu fêmea-matriz.

Eu força-motriz.

Eu-mulher

abrigo da semente

moto-contínuo

do mundo.

(Evaristo, 2017, p.23)

Agradecimentos

Essa dissertação não seria possível sem importantes apoios e incentivos para que se tornasse realidade. Esse trabalho me ajudou a perceber que não ando só. As palavras aqui deixadas são poucas frente à imensa e ao importante papel de cada um(a) nesta jornada. Meu afetuoso e profundo obrigado.

À *Professora Doutora Conceição Nogueira* e à *Professora Doutora Joana Topa*, agradeço profundamente pelo acolhimento e interesse pela temática. Expresso a minha imensa gratidão pela compreensão, colaboração, constante atenção e sensibilidade. Não tenho palavras pela orientação cuidada, atenta e exigente, pela dedicação, pelo suporte e pelos constantes desafios instigantes e motivação, por todas as aprendizagens, pelo apoio e por acreditarem e me fazerem acreditar ser possível.

À cada *coletivo e associação (SaMaNe, OVO, APDMGP, AFREKETÊ, Diásporas, AfroPsis Saúde Mental, Casa Odara, UMAR, NIBA - U. Porto, LÁRòyé)*, que colaboraram na divulgação deste estudo, mostrando a sua sensível receptividade por esta temática. A pluralidade e a diversidade são fundamentais para darmos sentido às nossas lutas.

À minha pequena-grande *Maria*, sua chegada revelou novos caminhos, afetos e coragem... sigo (des)aprendendo. Obrigada pela sua companhia, compreensão e amor.

Às grandes mulheres da minha vida, minha avó *Amélia* (in memoriam), minha mãe *Maria Helena* e minha tia *Maria Júlia*, pela coragem, ousadia, resistência e luta. Nada seria possível se não fosse o dedicado amor nesses 40 anos.

Aos meus familiares (*Tio Marco, Tia Mônica*, meu irmão *Victor*, sobrinhos *Caio* e *Laura*, meus primos *Matheus* e *Vinicius*), em especial ao meu primo-irmão *Marquinho*, que com seu afeto, inteligência, cuidado, exigência, olhar clínico, muitas conversas e trocas, delicadamente me ensinou, orientou e acompanhou cada etapa dessa caminhada. Seus apontamentos foram fundamentais para que esse trabalho nascesse e acreditasse que é possível continuar.

À *Pedro*, meu companheiro de vida, que com seu amor, convidou-me a colocar os pés no chão e auxiliou-me a voar. O seu suporte, parceria e amor foram fundamentais para que chegasse até aqui.

Às minhas *amigas* que compreenderam as minhas ausências e que, além-mar, torceram e apoiaram na conclusão nessa nova etapa.

Às *incríveis e corajosas mulheres* que participaram no estudo, o meu profundo e sentido agradecimento pela oportunidade, pela honra e pelo privilégio em ouvir as suas histórias. Pela receptividade com que abriram as portas das suas existências, pela oportunidade de sentir as suas vivências tão preciosas. Por me terem ensinado tanto... Sinto muito por tudo. As nossas conversas foram valiosas. Muito obrigada.

Resumo

Essa pesquisa, de cariz feminista interseccional, ao abordar a violência obstétrica, buscou reconhecer e compreender essa forma específica de violência de gênero, trazendo categorias e realidades ainda invisibilizadas, expondo tipologias e questões resultantes da combinação das identidades: mulher, brasileira, racializada.

Compreendendo que em Portugal a violência obstétrica é um problema de saúde pública, objetivou-se reunir experiências subjetivas vivenciadas por mulheres brasileiras racializadas no Sistema Nacional de Saúde (SNS) português, tendo como questão de partida: *Como as mulheres brasileiras racializadas vivenciam e percebem a violência obstétrica no contexto de saúde em Portugal?*

Foi adotada uma perspectiva construcionista social que pressupõe uma reflexão crítica das práticas patologizantes, desumanizadas e violentas que operaram sobre as mulheres entrevistadas durante o seu período de gravidez, parto e pós-parto em Portugal. Utilizando uma metodologia qualitativa, realizou-se entrevistas semiestruturadas a 10 mulheres imigrantes brasileiras que perceberam terem sofrido violência obstétrica no SNS em Portugal, tendo como método de análise selecionado a proposta de Análise Temática de Braun e Clarke (2006), uma técnica científica de abordagem qualitativa que permitiu desenvolver uma perspectiva reflexiva e comprometida com os dados. Assim emergiram quatro temas: i) Percepções; ii) Tipologias; iii) Discriminação Interseccional; e iv) Reações.

As relações temáticas foram estabelecidas segundo um organizador central, denominado violência obstétrica com mulheres brasileiras racializadas, a partir de um conjunto de definições que descreve práticas de invisibilidade, subjetivação e polifonia dos corpos racializados. Este estudo revela que há violação de direitos e, como promotor de um lugar de fala, é fruto de vivências interseccionais fundamentais para que se possa compreender melhor como a violência obstétrica acomete mulheres brasileiras racializadas em Portugal. Compreende-se a necessidade da promoção de competências culturais entre a equipe de saúde que as assiste, promovendo igualdade de gênero, de raça e de nacionalidade no acesso, utilização e qualidade no SNS.

Palavras-chave: colonialidade do gênero; imigrante; mulheres brasileiras racializadas; violência de gênero; violência obstétrica.

Abstract

By addressing obstetric violence, this intersectional feminist research sought to recognize and understand this specific form of gender violence, bringing categories and realities that are still invisible, exposing typologies and issues resulting from the combination of identities: woman, Brazilian, racialized.

Understanding that obstetric violence is a public health problem in Portugal, the aim was to gather subjective experiences lived by racialized Brazilian women in the Portuguese National Health System (SNS), with the following question as a starting point: *How do racialized Brazilian women experience and perceive obstetric violence in the health context in Portugal?*

A social constructionist perspective was adopted, which presupposes a critical reflection on the pathologizing, dehumanizing and violent practices that operated on the women interviewed during their pregnancy, childbirth and postpartum period in Portugal. Using a qualitative methodology, semi-structured interviews were carried out with 10 Brazilian immigrant women who perceived that they had suffered obstetric violence in the SNS in Portugal. The method of analysis selected was the Thematic Analysis proposed by Braun and Clarke (2006), a scientific technique with a qualitative approach that allowed us to develop a reflective perspective committed to the data. Four themes emerged: i) Perceptions; ii) Typologies; iii) Intersectional discrimination; and iv) Reactions.

The thematic relationships were established according to a central organizer, called obstetric violence with racialized Brazilian women, based on a set of definitions that describe practices of invisibility, subjectivation and polyphony of racialized bodies. This study reveals that there is a violation of rights and, as a promoter of a place of speech, it is the result of intersectional experiences that are fundamental to a better understanding of how obstetric violence affects racialized Brazilian women in Portugal. We understand the need to promote cultural competencies among the healthcare team that assists them, promoting equality of gender, race and nationality in access, use and quality in the SNS.

Keywords: immigrant; gender coloniality; gender-based violence; obstetric violence; racialized Brazilian women.

Índice

Introdução	1
Parte I. Enquadramento Teórico	3
1. Violência Obstétrica em Portugal: uma forma de violência de gênero	3
2. Interseccionalidade e polifonia dos corpos brasileiros racializados	6
Parte II. Estudo Empírico	9
1. Método	9
1.1 Problemas de Investigação e Questão de Partida	9
1.2 Objetivos	10
1.3 Participantes	10
1.4 Instrumento de Recolha de Dados	11
1.5 Procedimentos	11
1.6 Técnica de Análise dos Dados	12
2. Apresentação e Discussão dos Dados	13
2.1 Violência Obstétrica com mulheres brasileiras racializadas	13
2.1.1 Percepção: o que essas mulheres pensam?.....	14
2.1.2 Tipologias	16
2.1.3 Discriminação Interseccional	21
2.1.4 Reações: o que essas mulheres sentem?	23
Conclusão	25
Referências	27
Anexos	34

Lista de Abreviaturas

ONU	Organização das Nações Unidas
APDMGP	Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto
SaMaNe	Associação Saúde das Mães Negras e Racializadas em Portugal
IOM	International Organization for Migration
SEF	Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Introdução

No final do século XIX, principalmente pela consolidação da medicalização da mulher, a obstetrícia passou a ter controle da gravidez, do parto e pós-parto enquanto evento biológico, ampliando o interesse científico em entender o corpo feminino (Vieira, 2008). A mulher era, e ainda é tida como um objeto, tendo seus corpos e suas vidas ficado à mercê do outro, não só nos ciclos apontados acima, como os casos de interrupção da gravidez (espontânea ou voluntária). Amplia-se então a centralização do corpo da mulher no exercício do biopoder exercido por meio do dispositivo da reprodutividade (Foucault, 2000).

A prática de cuidado, hegemônica, que também aprofunda desigualdades (Martins, 2020), passou a ser expressa em sociedades patriarcais, monogâmicas e machistas, como um exemplo da opressão e controle, um regime da dominação e exploração das mulheres pelos homens (Saffioti, 2001). Aprofundou-se assim a apropriação do corpo e de seus processos reprodutivos pelo profissional de saúde, expressa pelo tratamento desumanizado, pelo abuso de medicalização e patologização de processos naturais, resultando na perda de autonomia sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida da mulher (Borges, 2018).

A violência obstétrica apresenta-se então como um tipo de violência de gênero, profundamente ligada aos processos de medicalização e influenciada pelas concepções de gênero que desvalorizam o corpo reprodutivo feminino (Sadler et al., 2016). Para Diaz-Tello et al. (2016) reforçam que violência obstétrica envolve a intimidação e a coerção de mulheres durante a gravidez, o parto e o período pós-parto por profissionais de saúde, constituindo um problema sistêmico de violência de gênero institucionalizada (p.1). Os abusos sofridos por essas mulheres ocorrem em contextos em que a suposta condição as deixa vulneráveis, sendo preocupante pelo tamanho grau de afetação durante estas experiências.

Para analisar essa violência, não seria possível olhar apenas como uma discriminação de gênero, mas interseccional (Crenshaw, 2002; 2017). Segundo a mesma autora, as interseccionalidades são formas de capturar as consequências da interação entre duas ou mais formas de subordinação. Essa noção de ‘interação’ entre formas de subordinação possibilita superar a noção de superposição de opressões, servindo como tentativa salvacionista do feminismo ocidental, porta voz moderno das mulheres oprimidas, assegurando interesses e lutas comuns entre mulheres invisibilizadas (Akotirene, 2019). Assim, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, confluindo e constituindo aspectos ativos do desempoderamento.

Uma vez que em Portugal, nos últimos anos, tem se ampliado a diversidade étnica, de raça e de gênero, com um aumento significativo de migração das mulheres (Padilla, 2007), buscou-se neste trabalho analisar os fatores que operam conjuntamente no âmbito da violência obstétrica, focando na tríade: mulher, brasileira e racializada. A existência desses corpos exige que se passe por um processo de desconstrução de subalternidade que, segundo Dias e Dias (2011) impõe-se a qualquer perspectiva política que queira emancipatória e igualitária.

Essa desconstrução implica, por sua vez, uma crítica aos conceitos e categorias com que se constrói o discurso sobre a imigrante. Nas entrevistas realizadas ao longo desta investigação, a presença de determinados marcadores sociais, como o caso das mulheres brasileiras racializadas, demonstram a amplificação das diferenças socioculturais no tratar da gravidez, parto e pós-parto, caracterizando-se em práticas de violência obstétrica (Barata, 2022a). Isso é reforçado pelos desafios face ao processo de racialização (com matizes próprias em cada contexto sociocultural) e a heterossexualidade compulsória como elementos estruturantes da clínica obstétrica e ginecológica (Meinerz & Santos, 2023).

Desta forma, a presente investigação visa reconhecer as experiências subjetivas de violência obstétrica vivenciadas por mulheres brasileiras racializadas no Sistema Nacional de Saúde Português, integrando-as numa perspectiva construcionista social que permite uma reflexão crítica destas realidades. Este estudo, de cariz qualitativo, busca responder à questão de investigação: *Como as mulheres brasileiras racializadas vivenciam e percebem a violência obstétrica no contexto de saúde em Portugal?*

Este trabalho se divide em dois capítulos. O primeiro é dedicado ao enquadramento teórico, onde se discute questões referentes à violência obstétrica em Portugal, compreendendo-a como uma forma de violência de gênero marcada pela interseccionalidade. O segundo apresenta o estudo empírico, onde constam os objetivos, as participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos, a técnica de análise dos dados e a análise e discussão dos resultados.

A todo momento busca-se destacar a voz feminina enquanto materialidade sonora sobre a qual investe certo jogo de relações de poder, ao mesmo tempo desnaturalizando e produzindo formas históricas de relação de gênero (Souza, 2014). Estas vozes tecem gestos de rebelião que ressoam no corpo vivo dessas mulheres, conspirando para a produção de subjetividade que a priori foram violadas e investindo insistentemente, enquanto dispositivo complexo, com certa força que cruza uma realidade enunciada pela memória de dor e sofrimento. Neste trabalho deseja-se ouvir vozes que exercem a liberdade de falar tudo o que deve tornar audível, sendo uma forma de subjetividade feminina a vir. É na luta contra o silenciamento que corre a força

de falar dando dimensão, simultaneamente íntima e anônima, aos depoimentos de violência obstétrica sofrida por cada uma.

Parte I: Enquadramento Teórico

1. Violência Obstétrica em Portugal: uma forma de violência de gênero

A história de gênero procura reconstruir ou desmistificar os processos sociais e culturais através dos quais a identidade feminina vem sendo forjada, enfatizando seu caráter relacional num campo de disputa de poder (Nader, 2014). Louro (1997) afirma que as abordagens feitas sob a perspectiva de gênero, envolvem não apenas sujeitos diferenciados fisicamente, mas na medida em que o conceito afirma o caráter social do feminino ou masculino, considera também o tipo de sociedade e o contexto histórico do qual está se tratando.

Historicamente o corpo feminino tem sido um dos principais alvos de controle, por se tratar de um corpo tido como portador de uma patologia, diferente da norma e do padrão masculino e, para além disso, de um corpo social, cuja fecundidade deve ser controlada (Foucault, 1988; Sadler et al, 2016).

O corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado – como integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a ‘mulher nervosa’ (Foucault, 1988, p. 99).

Também historicamente a sociedade portuguesa, inserida num sistema patriarcal, sustenta os privilégios dos homens (Barata, 2022a). Para Segato (2012) o patriarcado é uma frente do Estado-nação (econômica, midiática e religiosa), organizada para que o sistema de opressão e de dominação funcionem controlando os corpos, sendo machista, racista, misógino, xenófobo, oprimindo os corpos classificados pela natureza biológica.

A violência de gênero é vista como um conceito amplo decorrente das desigualdades de gênero na sociedade, recaindo fortemente sobre as mulheres (Saffioti, 2004). A autora compreende-a como uma dimensão de adoecimento social, que ocorre persistentemente atravessando fronteiras de gênero, orientação sexual, classe, raça, cultura, grau de

desenvolvimento social, geração, espaço público e privado. Enfatiza a força das estruturas patriarcais, a sua dominação e violência sobre as mulheres ou sobre o que se considera como exercício da feminilidade (Saffioti, 2001), configurando uma “ruptura de qualquer forma de integridade da vida: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral” (Saffioti, 2004, p. 17).

A violência obstétrica é considerada como uma forma de violência de gênero vivenciada por parturientes submetidas a atos de violência que resultam em subalternização, nomeando um fenômeno multifacetado e difuso que pode ocorrer durante contato com os cuidados de saúde sexual e reprodutiva, assim como as práticas específicas de alguns profissionais de saúde, muitas vezes exacerbadas no exercício de poder com mulheres que engravidam (Sesia, 2020). Ela limita a autonomia feminina, incidindo diretamente como instrumento de dominação, impedindo que a mulher faça as suas escolhas, considerando-a um ser inferior, incapaz de discernir o que é adequado à saúde e ao bem-estar de si própria e de sua criança (Diniz et al., 2015; Palharini, 2017).

Como mais uma pauta a respeito das violências de gênero, em 2019, com a Resolução do Conselho da Europa nº 2306/2019, de 3 de outubro, surge o primeiro texto sobre o tema Violência Obstétrica, redigindo-se recomendações aos Estados para a sua erradicação. Essa mesma resolução informa que uma em cada três mulheres na Europa é vítima de violência e de discriminação de gênero, frisando que se trata de uma violação dos direitos humanos e reforçando que a violência obstétrica é atualmente velada e ignorada (European Commission, Directorate General for Justice and Consumers., et al., 2024). Neste mesmo ano, a Assembleia Geral da ONU (2019) emitiu um importante relatório destacando as mobilizações que ocorrem em muitos países contra tais práticas abusivas, propondo uma abordagem pautada nos direitos humanos.

Dois anos depois, em 2021, a Assembleia da República Portuguesa recomendou ao Governo, a eliminação de práticas de violência obstétrica e realizou um estudo que reforça a proteção das mulheres na gravidez e parto, através da criminalização. Nesta Resolução do Parlamento, Lei n.º 181/2021, de 28 de junho o termo violência obstétrica foi definido como qualquer conduta dirigida às mulheres, durante o trabalho de parto ou pós-parto, realizada sem seu consentimento, que, constituindo ato de violência física ou psicológica, cause dor, dano ou sofrimento desnecessário ou limita o seu poder de escolha e decisão.

Um recente estudo da European Commission, Directorate General for Justice and Consumers., et al. (2024), aponta que violência obstétrica e ginecológica situa-se na intersecção de duas crises estruturais: discriminação baseada em gênero e a falta de recursos dos sistemas

e instituições de saúde. Esse ato exercido por profissionais da saúde, no que concerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, é expresso através de uma atenção desumanizada, do abuso de ações intervencionistas, medicalização e da transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos (Juarez, 2012).

Para a Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto (APDMGP, 2015) violência inclui a recusa de tratamento, a negligência em relação às necessidades e dor da mulher, humilhações verbais, violências físicas, práticas invasivas, uso desnecessário de medicação, intervenções médicas forçadas e não consentidas, desumanização ou tratamento rude. As conclusões de dois inquéritos online sobre as experiências de parto das mulheres a nível nacional ilustram um contexto altamente intervencionista onde as mulheres sentem-se muitas vezes objetificadas, com as suas exigências e preferências ignoradas (APDMGP, 2015; 2020). Segundo Shabot (2021), após esta prática violenta, essas mulheres sentem-se presas, ansiosamente confinadas à experiência traumática, incapazes de transcendê-la; também se sentem deprimidas, irritadas e, às vezes, suicidas.

Segundo dados do inquérito realizado pela Associação Saúde das Mães Negras e Racializadas em Portugal (2023), mais de um quinto das mulheres negras sofrem violência obstétrica em Portugal. Este dado pode também ser sustentado pelo estudo de Lazzerini et al. (2022), onde Portugal apresenta números de violência obstétrica três vezes superiores à média de outros 11 países europeus. Outros estudos em Portugal (e.g. Aires, 2023; APDMGP, 2015; 2020; Barata, 2022a; 2022b; Barata et al., 2023; Costa et al., 2022; Fedele & White, 2018; Lazzerini, et al., 2022; Rohde, 2016; Simões, 2016, 2023) referem que são várias as experiências negativas no serviço de saúde, envolvendo desconsideração das suas práticas sexuais, falta de diálogo sobre as intervenções corporais, assédio moral, violência psicológica, verbal e física, configuradas como violência obstétrica.

Caracterizam-se nesses espaços a relação da ginecologia e obstetrícia com o colonialismo, pela sintonização na abordagem dos protocolos ginecológicos que produzem os corpos de mulheres brancas e heterossexuais como alvos privilegiados do cuidado (Meinerz & Santos, 2023). Além disso, opera a um só tempo como tecnologia racial e de gênero através da desumanização das mulheres, reduzindo-as e ajustando-as à sua função reprodutiva (Aguiar & D'Oliveira, 2010; Gomes, 2018), acabando por configurá-las apenas como objetos de manipulação, onde lançam mão da técnica com foco apenas no biológico. Para Meinerz e Santos (2023) o próprio sistema moderno-colonial de gênero, ao racializar e designar gênero (dentro de um pensamento binário), é corresponsável pelo abuso e pela desumanização

historicamente produzida sobre os corpos dessas mulheres, atingindo-as negativamente até a atualidade.

Com isso, a mulher brasileira racializada em Portugal, ao se encontrar grávida amplia a convivência com a discriminação que teima conduzir corpos de outras nacionalidades de forma colonial, inerente a uma ideia de avanço e superioridade dos conhecimentos eurocêntricos, em que este corpo representa apenas seu engajamento a um papel passivo, negando as suas habilidades de cuidar de si e inferiorizando sua cultura e conhecimento (Merleau-Ponty, 2006; Le Breton 2007; 2008). Lélia Gonzalez (2008) ao fazer referência aos sistemas de dominação, ainda nos lembra que quando conjugados, produzem mais vulnerabilidades e violações em relação a nossa vida social, ao trabalho e em relação às nossas subjetividades, assinalando a importância de escrever uma nova história de não submissão e de protagonismo de resistência aos processos de aniquilação de nossos corpos e desejos.

2. Interseccionalidade: polifonia dos corpos brasileiros racializados

Gênero é constituído e representado de maneira diferente, segundo outras pertenças identitárias que se interseccionam dentro de relações de poder (Santos et al., 2016). Para Nogueira (2017) gênero não é um componente isolado da identidade pessoal, a identidade é interseccional. Enquanto quadro teórico feminista enraizado na premissa de que a experiência humana é moldada conjuntamente por múltiplas posições sociais, a teoria da interseccionalidade permite analisar experiências distintas e multifacetadas das mulheres migrantes (Collins, 2002; Crenshaw, 2017; McCall, 2005). Desta forma, a interseccionalidade aqui utilizada, conceitua o problema, buscando capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação.

Esta análise está intimamente interseccionada às relações de poder, ou melhor, de acordo com as manifestações de Michel Foucault (2000), ao biopoder. As diferentes categorias se sobrepõem e funcionam de maneira unificada. Logo, para Bilge & Collins (2021, p.15):

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas.

Assim, não é possível, neste emaranhado, separar a noção de gênero das intersecções políticas e culturais em que invariavelmente é produzida e mantida (Butler, 1990). Compreendendo que o gênero inscreve o corpo racializado (Akotirene, 2019), neste trabalho a racialização diz respeito às diferenças somáticas que servem para perceber qualidades intrínsecas e duradouras de um grupo de suposta origem comum. É o processo de caracterização das diferenças humanas consoante os discursos hierárquicos estabelecidos desde o período colonial, ou seja, a construção de marcadores da diferença a partir dos contextos social e cultural e de traços fenotípicos para determinar as categorias raciais (Kilomba, 2019).

O termo racializado aqui utilizado, serve como uma análise crítica aos elementos padrões criados pelo pensamento eurocêntrico com “suas” e as “não suas” que produzem diferença, logo discursos hierárquicos como forma de garantir privilégios raciais para si e impor violência e opressão a todos os que não fazem parte dela. Kilomba (2019) nos convida a pensar sobre a noção do “Outro”:

[...] o *sujeito negro* torna-se não apenas a/o “*Outra/o*” - o diferente, em relação ao qual o “eu” da pessoa *branca* é medido -, mas também “*Outridade*” - a personificação de aspectos repressores do “eu” do *sujeito branco*. (...) uma identidade relacional construída por *brancas/os*, que define a elas/es mesmas/os como racionalmente diferente das/os “*Outras/os*” não é “*outra/o*” *per se*; ela/ele torna-se através de um processo de absoluta negação (p.37-38).

Uma vez que a violência é o ato que impõe o ser sujeito de um lugar ao ser sujeito do outro, a violência não se resume à agressão, mas resulta da eliminação de um dos indivíduos que fazem parte da relação, modelando subjetividades femininas condicionadas a tornar a mulher uma categoria de Outro (Akotirene, 2019). Para Barros (2020), a noção de raça, enquanto um fator determinante da vida nas sociedades modernas, é um construto histórico mediado pelo advento do colonialismo. Lélia Gonzalez (1980) compreende que uma crença na possibilidade de harmonia em uma sociedade racializada e a própria persistência do racismo na modernidade tem efeitos violentos para a condição social das mulheres brasileiras racializadas.

Uma destes efeitos seria o racismo obstétrico, termo cunhado pela pesquisadora estadunidense Dána-Ain Davis (2019), que tem lugar na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo médico. Ela nos afirma que, assim como a violência obstétrica é uma violência baseada em gênero, o racismo obstétrico é uma violência que se situa na intersecção entre raça e gênero. Assim, o termo sugere que a violência institucional e a violência contra as mulheres se fundem ao racismo estrutural na saúde reprodutiva da mulher. A mesma autora afirma que existem sete dimensões do racismo obstétrico: lapsos diagnósticos; negligência, descaso e

desrespeito; imposição de dor intencionalmente; coerção; cerimônias de degradação; abuso médico. Esta violação caracteriza situações em que pacientes obstétricas experimentam dominância reprodutiva por profissionais e equipe de saúde, agravada pela raça ou pela história de crenças raciais que influenciam o tratamento ou as decisões diagnósticas.

Em um estudo realizado por Wall, Nunes e Matias (2005), a partir da experiência de mulheres imigrantes brasileiras, foi identificado um conjunto de situações de vulnerabilidade que são transversais: às condições de alojamento, a situação laboral, o processo de regularização, as discriminações, a situação de reagrupamento familiar e a solidão. Acresce ainda a vulnerabilidade associada aos estereótipos produzidos sobre as mulheres brasileiras (Padilla, 2007) que, frequentemente, são representadas com grande sensualidade e submissão (Padilla, 2008; Padilla et al., 2009).

As mulheres brasileiras, com diferenças raciais, não-brancas (não europeias), têm enfrentado processos de desumanização dos seus corpos mediante as articulações de gênero/raça/etnia/sexualidade, construídas a partir do lugar de privilégio branco e ocidental (Lugones, 2014; 2020). O Estado-nação, enquanto máquina de produção e de gestão de identidade, ao se deparar com esses corpos, produz um espaço de pertença que é, ao mesmo tempo, um espaço de exclusão (Dia & Dias, 2011). Relatos demonstram que imigrantes são frequentemente expostos à segregação, ao estigma e à violência, enfrentando restrições sociais, culturais e econômicas que resultam em maus indicadores de saúde (Nwoke & Leung, 2021). Esta situação pode, obviamente, agravar-se no caso de mulheres imigrantes grávidas, uma vez que enfrentam constrangimentos particulares em termos de saúde e de violência no contacto com os países receptores (IOM, 2019). Se, por um lado, as migrações patenteiam oportunidades para o desenvolvimento econômico, demográfico e sociocultural dos países, por outro lado, acarretam grandes desafios face à diversidade e heterogeneidade que caracterizam estas populações (Padilla & Miguel, 2009; Topa et al, 2016).

De acordo com os dados do último relatório do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2022), em Portugal residem cerca de 781.915 cidadãos estrangeiros, onde 30.7% são brasileiros, sendo 56% destas mulheres. Acerca dos inscrito no SNS, segundo os Indicadores de integração de imigrantes de Oliveira (2023), observa-se uma tendência de grande crescimento dos utentes não nacionais, 891.454 em 2022, 10.8% a mais que em 2021. As mulheres não nacionais inscritas representam 49.4% em 2022, sendo a nacionalidade brasileira a que mais se destaca, 36.1% em 2022. No entanto, embora em Portugal haja legislação que permite o acesso e uso dos serviços de saúde, continuam a existir disparidades raciais no acesso e utilização dos cuidados de saúde materna (Costa et al., 2022).

Para os países continuarem a promover a equidade em saúde devem reagir às mudanças da população a quem prestam proteção e cuidados de saúde, o que implica reconhecer que os fluxos migratórios induzem à necessidade de tornar os serviços de saúde e os seus profissionais mais adaptados às necessidades da diversidade cultural que passa a compor a população residente (Oliveira, 2023). Esta ausência de implicação é refletida nas narrativas de apagamento, de opressão e de negatividade implementadas pelo colonialismo, que foram e ainda são orquestradas e estabelecidas através de corpos generificados, racializados e sexualizados de mulheres brasileiras (Fontes & Pacheco, 2022).

No desenvolvimento desta investigação foi possível perceber uma escassez de estudos sobre gênero e migração no âmbito da violência obstétrica em Portugal, revelando ou negligência dos pesquisadores e formuladores de políticas públicas, ou que estas mulheres têm sido representadas de maneira estereotipada. Assim, embora muitas vezes os dados sobre os contingentes de mulheres apareçam nos estudos, suas experiências e vivências ficam encobertas na categoria “migrante”, considerada *gender-blind* (Assis & Kosminsky, 2007). Tais elaborações vêm sendo contestadas através de uma abordagem teórica e metodológica, cuja ferramenta analítica da interseccionalidade nos ajuda a pensar o entrecruzamento dos eixos dos sistemas de dominação e de seus enfrentamentos cotidianos (Akotirene, 2019; Crenshaw, 2002). Tamanha a feminização das migrações e aumento do compartilhamento de histórias com impacto traumático acerca de violência obstétrica, inquire-nos questionar esta invisibilidade.

Parte II- Estudo Empírico

1. Método

1.1 Problema de Investigação e Questão de Partida

Em Portugal, o percentual de intervenções obstétricas desnecessárias que são realizadas frequentemente em diversos hospitais e centros de saúde é bastante elevado (Aires, 2023; Barata, 2022a; 2022b; Costa et al. 2023; Simões, 2016; 2023). O combate aos inúmeros atos violentos e traumáticos que afetam a maioria das mulheres, são elementos motores desta pesquisa, lendo-se como fator agravante à questão da imigração, realidade ainda

cientificamente escassa e mais invisível face a mulheres, nomeadamente mulheres brasileiras racializadas residentes em Portugal, que durante o período da gravidez, parto e pós-parto deparam-se com a ausência do respeito à autonomia, dignidade e direitos. Neste sentido, desenvolveu-se a seguinte questão de investigação que orienta todo o estudo: *Como as mulheres brasileiras racializadas vivenciam e percebem a violência obstétrica no contexto de saúde em Portugal?*

1.2 Objetivos

O presente estudo tem como objetivo central compreender as experiências subjetivas de violência obstétrica vivenciadas por mulheres brasileiras racializadas no Sistema Nacional de Saúde português. Os objetivos específicos são:

- Caracterizar as vivências de violência obstétrica de mulheres brasileiras racializadas durante o período de gravidez, parto e pós-parto no contexto português;
- Identificar tipos de violência obstétrica sofridas na gravidez, parto e pós-parto no contexto nacional de saúde português;
- Compreender os fatores sociais, institucionais e culturais, assim como a relação de dominação reforçada por práticas coloniais, que contribuem para a violência obstétrica sobre mulheres brasileiras racializadas;
- Perceber as consequências, impactos e acolhimentos de corpos de mulheres brasileiras racializadas: no processo de gravidez, parto e pós-parto.

1.3 Participantes

Para participar do estudo as mulheres teriam que ser brasileiras, residentes em Portugal, maiores de 18 anos, identificar-se como racializada, ter sido mãe nos últimos 3 anos em Portugal e ter percebido que sofreu violência obstétrica no Sistema Nacional de Saúde em Portugal.

Neste estudo, participaram 10 (P1 a P10) mulheres de nacionalidade brasileira com idades compreendidas entre os 29 e 40 anos ($M= 30$; $DP= 2.76$). Neste grupo de participantes, todas se auto identificaram como mulheres cis, heterossexuais e racializadas e possuíam de 1 a 3 crianças ($M= 1.5$; $DP= 0.67$). Quanto às habilitações literárias, sete das participantes concluíram a licenciatura, duas concluíram o mestrado e uma concluiu o ensino secundário. As

participantes residem no país entre 2 e 7 anos ($M= 4.6$; $DP=1.68$). Todas são casadas, sendo sete dos parceiros de nacionalidade brasileira, dois portugueses e um argentino. A situação perante o emprego das participantes era de nove empregadas e uma desempregada (cf. Anexo 1).

1.4 Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados qualitativos deste estudo foi a entrevista semiestruturada (cf. Anexo 2) com vistas a mapear e compreender o mundo da vida das respondentes, reunindo dados básicos para uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos atores sociais e contextos sociais específicos (Minayo, 2008, p. 67). A construção do guião de entrevista desenvolveu-se a partir da revisão da literatura apresentada neste trabalho, sendo composto por duas partes, a primeira com a recolha de dados sociodemográficos e a segunda segmentada em 7 grandes tópicos: percurso migratório, ser imigrante grávida em Portugal, gravidez, parto, pós-parto, violência obstétrica e considerações finais, organizados em um total de 22 questões. O processo de condução de cada entrevista iniciou-se com o preenchimento do consentimento informado (cf. Anexo 3), documento este composto por informações relativas aos objetivos da investigação, procedimentos associados à entrevista, tratamento e proteção dos dados obtidos e devolução dos resultados.

1.5 Procedimentos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (cf. Anexo 4). O processo de recolha de dados iniciou com a divulgação da investigação nas redes sociais (Instagram e Facebook) através da publicação de uma imagem (cf. Anexo 5), um link para o formulário de participação e a rede de contatos da investigadora. Na procura de potenciais participantes, recorreu-se também à técnica de bola de neve, solicitando às pessoas que aderiram ao estudo que indicassem novos contatos com as características desejadas.

A participação no estudo foi livre e voluntária. Num primeiro momento, todas as participantes foram informadas dos objetivos e finalidades, seguindo da assinatura do

consentimento informado e da clarificação de todas as dúvidas face à recolha de dados. Foram realizadas 10 entrevistas via *online* através da plataforma ZOOM, com duração média de 60 minutos. Esta coleta de dados decorreu entre fevereiro e abril de 2024, sendo todas gravadas com a devida autorização das participantes.

Na transcrição foram omitidas todas as eventuais informações que permitiam a identificação das participantes e os registos de áudio foram conservados em formato digital, somente pelo período necessário à sua transcrição, sendo destruídos em seguida de forma irreversível. Destaca-se também que, durante todo o processo de recolha e análise dos dados, conjuntamente com a divulgação dos resultados, a privacidade das participantes foi sempre protegida (i.e., as participantes nunca serão identificadas), sendo garantido o anonimato, a confidencialidade e uso exclusivo dos dados para efeitos de investigação.

1.6 Análise de Dados

Para a análise das entrevistas foi utilizada a técnica de análise temática, através de duas abordagens, ora indutiva – ou seja, que não pretende partir de uma grade pronta de categorias ou temas para analisar os dados, ora dedutiva – que parte de um conjunto preestabelecido de categorias ou temas bem definidos, segundo a proposta das autoras Braun e Clarke (2006).

Esta técnica de abordagem qualitativa é uma ferramenta de pesquisa flexível e útil, que permite identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados, contribuindo para uma interpretação mais profunda dos mesmos (Braun & Clarke, 2006; 2013; 2020). As mesmas autoras definiram 6 fases que orientam todo o processo analítico.

A primeira fase contemplou a familiarização com os dados, possibilitando o pesquisador ler e reler todas as entrevistas conduzidas, anotando ideias para possíveis códigos, no intuito de um “mergulho profundo” em cada história individualmente. A fase 2 respeitou a geração de códigos iniciais, a partir das narrativas transcritas, dos quais se identificaram as características em um organizador central que gerou temas e subtemas. A fase 3 foi definida como “busca de temas” que possibilitou identificar um único tema abrangente, reunindo todos os dados relevantes para originar um tema potencial. Já na 4ª fase, de “revisão do tema”, foi feito o refinamento com o objetivo de confirmar que os extratos de códigos são descritivos do tema, sendo este esclarecedor da interpretação do conjunto de dados.

Esta revisão foi importante para entender se os temas seriam únicos ou múltiplos, resultando em um mapa temático de análise. A fase 5 implicou “definir e nomear temas” a

partir de um mapa temático satisfatório dos dados, com vistas a gerar definições mais claras. Por fim, a fase 6 consistiu na “produção do relatório”, em que foi estabelecida uma ordem lógica para a apresentação, construindo-se assim, a narrativa coerente dos dados (Braun & Clarke, 2006). Por forma a facilitar a compreensão do processo de análise temática deste estudo criou-se um mapa temático que surgiu ao longo do processo (cf. Anexo 6 e 7).

2. Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste subcapítulo será apresentada a análise e discussão dos resultados. A partir do organizador central: violência obstétrica com mulheres brasileiras racializadas emergiram quatro temas: i) Percepções: o que essas mulheres pensam?; ii) Tipologias; iii) Discriminação Interseccional; e iv) Reações: o que essas mulheres sentem?, estabelecendo relações identificadas no mapa temático de análise (cf. Anexo 6 e 7).

2.1 Violência obstétrica em Portugal com mulheres brasileiras racializadas

Em primeira instância, buscou-se analisar a violência obstétrica a partir das percepções a respeito do tema, face às experiências das mulheres entrevistadas, apresentando as ocorrências desta violência na gravidez, parto e pós-parto. Os principais tipos de violência encontrados foram seis: física, sexual, institucional, moral, verbal e psicológica. Além de apresentá-los, procurou-se analisar interseccionalmente esta prática, no intuito de revelar identidades múltiplas, expor os tipos de discriminação que resultam da combinação de identidades aqui reveladas: mulher, brasileira, racializada.

A violência obstétrica apresentou-se em todos os estágios (gravidez, parto e pós-parto) a partir de um conjunto de definições que descreve diversas práticas de invisibilidade, subjetivação e polifonia. Conhecer a percepção das mulheres sobre esta realidade, explorar as visões e opiniões, assim como o nível de informação que as mulheres têm sobre a violência obstétrica, é um começo para a mudança para que não seja encarada futuramente, ainda, como “aceitável”.

2.1.1 Percepções: o que essas mulheres pensam?

No processo de globalização mundial, atualmente os fluxos migratórios são uma das dimensões mais visíveis e discutidas (Padilla, 2008). Por este motivo, buscou-se perceber os percursos migratórios das entrevistadas, com vistas a compreender a opção por Portugal, suas expectativas, dificuldades e facilidades. Entre diferentes respostas, encontrou-se determinada recorrência de motivações: trabalho, familiaridade com a língua, a busca por qualidade de vida, educação e saúde pública e gratuita.

Um dos maiores desafios, atrelado aos fenômenos migratórios, prende-se com a prestação universal e equitativa de cuidados de saúde, sendo fulcral a acessibilidade e qualidade de serviços, independentemente do gênero, raça, etnia ou país de origem – saúde como direito universal (Oliveira, 2023; Padilla, 2008). Sabe-se que saúde e garantia de acesso aos cuidados de saúde são pilares para a inclusão social dos imigrantes, consistindo numa das principais rotas de ingresso na cidadania participativa e direitos civis (Padilla et al., 2009). A ideia de uma saúde acessível, pública e gratuita acaba por promover a ideia de que também haverá uma qualidade na assistência durante os cuidados maternos. Porém, de acordo com relatos, não foi com tanta receptividade, inclusão, empatia e respeito durante a gravidez, parto e pós-parto que o SNS de Portugal se apresentou.

“me senti muito sozinha, principalmente nesses momentos. Assim que eu fiquei tanto precisando de um suporte e não tinha ninguém, então não foi fácil não.” (P1)

“Eu acho que tudo fica mais difícil por ser imigrante, o sozinha aparece mais vezes em todas as etapas, desde a gravidez ao parto e pós-parto.” (P2)

“... eu acho que essa coisa, de você tá sozinha na vulnerabilidade aqui, é uma das piores coisas para mim...” (P3)

“Eu me sentia muito fragilizada como imigrante durante a gravidez.” (P9)

O acolhimento e acompanhamento devem refletir sobre boas práticas e proporcionar alguns parâmetros para o sucesso desse cuidado, gerando reflexões sobre aspectos psicológicos e sociais na vida dessas mulheres (Topa, 2016). Os dados mostram que as 10 mulheres entrevistadas se sentiam sozinhas, sem suporte, exprimindo a vulnerabilidade do ser imigrante, ausentes de rede de apoio, de familiares e de acompanhamento multidisciplinar especializado para a população imigrante. O processo de acolhimento seria fundamental para que não se

sentissem solidão, um dos sentimentos mais presentes na feminização da imigração (Fontes & Pacheco, 2022; Padilla, 2008).

Outra questão percebida foi o quanto a nacionalidade apareceu antes de qualquer outro marcador social, uma vez que dentro do contexto de cuidados obstétricos, os profissionais que trabalham no contexto de saúde às vezes insinuavam que as mulheres brasileiras engravidam com intenções secundárias, como obter uma autorização de residência ou por razões financeiras, perguntando recorrentemente sobre a nacionalidade do pai (Topa, 2016).

Um estudo feito pela European Commission, Directorate General for Justice and Consumers., et al., (2024) revelou que em Portugal 31.9% das mulheres relataram não terem sido tratadas com dignidade. Em outro estudo realizado por Lazzerini et al. (2022), focando-se nos dados que incluem Portugal, as mulheres migrantes enfrentam violência obstétrica numa taxa mais elevada em comparação com as mulheres não migrantes, como nas barreiras do acesso às instalações (32.9% vs 29.9%), no não recebimento de atendimento oportuno ao chegar à unidade (14.7% vs 13.0%), na não autorização para ficar com o bebê como desejam (7.8% vs 6.9%) e na maior propensão a sofrer abuso físico/verbal/emocional (14.5% vs 12.7%).

Frente ao encaminhamento dado durante a gravidez, parto e pós-parto, às mulheres brasileiras racializadas entrevistadas tiveram a oportunidade de conceitualizar a violência obstétrica face às suas vivências, uma vez que agora carregam em seus corpos cicatrizes desta violência.

“É um atendimento desumano e desrespeitoso.” (P1)

“É tudo que causa algum desconforto, é fazer o que a mulher não quer ou não foi avisada (...) Então é o fazer sem pedir, é fazer um ato que cause desconforto (...)” (P2)

“é não respeitar os quereres da mãe, é não fortalecer a mãe no que ela é capaz. É você desacreditar essa mãe, das forças dela, da natureza dela, sabe?” (P3)

“Para mim, violência obstétrica é não respeitar, primeiro não respeitar a vontade da grávida, só isso para mim já é uma violência. Violência obstétrica, para mim, também é fazer procedimento sem explicar o porquê de tá sendo feito. Intervenções também, desnecessária, para mim é uma violência contra meu corpo (...)” (P4)

“é você não ser ouvida, é você não ter direito de escolha, é você não ter direito de expressar nenhuma escolha que os profissionais de saúde digam.” (P5)

“violência obstétrica para mim é o uso do poder e a destruição do poder de protagonismo, tirar a mulher do seu protagonismo e usar o poder da do ambiente hospitalar. (P6)

“qualquer violência que mulher sofra, não só no parto, mas em todo pré-natal.” (P7)

“fazer qualquer coisa que eu diga não.” (P8)

“tirar um pouco da sua humanidade (...) de tirar a minha própria natureza.” (P9)

“é quando você se sente violada, a pessoa é forçada a alguma coisa.” (P10)

No âmbito da violência obstétrica é o corpo que aparece como o sujeito da percepção, mesmo que o discurso científico contemporâneo considere-o como uma matéria indiferente, simples suporte da pessoa (Le Breton, 2008), sendo ontologicamente distinto do sujeito, um objeto à disposição sobre o qual agir a fim de “melhorá-lo” (Le Breton, 2008, p.15). Nestes casos, este estudo torna-se fundamental para um olhar multifocal no “como” esta violência se manifesta.

2.1.2 Tipologias de Violência Obstétrica

Os protocolos praticados com essas mulheres têm sido marcados por intervenções onde a violência é bastante discernível. Segundo os dados as 10 mulheres vivenciaram violência física, desmistificando a ideia da presença desta prática apenas no parto: 8 sofreram na gravidez, 10 no parto e 6 no pós-parto. Nestas vivências, as tipologias de violência obstétrica encontradas foram: física, sexual, institucional, moral, verbal e psicológica.

Essas violências podem ser definidas a partir de atos que acometeram seus corpos, causando danos acidentais ou não, ocasionando dor e lesão física, independentemente da intensidade (Diniz, et al., 2015). As mulheres destacaram a grande ocorrência de exames e toques vaginais repetitivos, o que pode ser configurado como uma violação do direito à informação e autonomia, a partir da realização de práticas consideradas prejudiciais cientificamente.

“E aí ela me fez um toque, uma dor absurda que durante todo o meu período de gestação, eu nunca tinha sentido aquilo, doeu muito, mas doeu muito e aí quando ela tirou os dedos, ela levantou assim, aquilo tava cheio de sangue, eu fiquei desesperada.” (P1)

“(...) já houve a tal da violência obstétrica porque faziam exame de toque em todas as consultas (...)” (P4)

“ele fez um toque que foi uma das maiores dores que eu senti na minha vida (...) ele foi agressivo.” (P7)

“(...) fizeram a episiotomia, em momento algum eles me perguntaram se eu autorizava ou não autorizava... eu tava com a minha cicatriz, os três cortes que eu sofri (...)” (P5)

“E aí ele disse: eu vou subir. Se ninguém subir, subo eu, veio com o cotovelo, me empurrando a barriga, me doendo (...)” (P5)

“(...) eles fizeram o fórceps.” (P5)

“foram alguns, ventosa e espátula. Ventosa estourava tipo, fazia força, fazia força, pá, estourava fazia força, estourava. E usaram espátula (...)” (P6)

“...Ele disse: peço desculpa, mas eu vou ter que fazer mais uma maldadezinha, eu vou ter que tirar a sua placenta. Ele enfiou a mão dentro da vagina, dentro do útero, pra puxar a minha placenta. E nesse processo tá doendo, tá doendo e ele: mas tem que ser assim. Empurrava a minha barriga assim, em cima. Eu senti ele puxar lá dentro, senti ele arrancar a placenta. Ele tirou, costurou e foi embora.” (P2)

“...meu primeiro ultrassom foi super violento, já comecei a sofrer violência no meu primeiro ultrassom. A médica pegava a sonda, não sei o nome, e ela apertava a minha barriga, e eu ai, ai, ai (...) foi horrível, horrível (...)” (P6)

Um estudo realizado pela European Commission, Directorate General for Justice and Consumers., et al. (2024) mostrou que em Portugal, 62.2% das mulheres não tiveram o seu consentimento solicitado para a utilização de instrumentos (fórceps, ventosa, espátula, entre outros). Como pôde ser confirmado nos relatos das entrevistadas, a prática de exames de toque, episiotomias, manobras de Kristeller, uso de fórceps, ventosa e espátula, além da força física foram justificativas para um bom atendimento e acompanhamento da gestante e parturiente. Todas as práticas ocorridas sem nenhuma autorização ou consentimento. Essas situações são apontadas por Diniz et al. (2015) como abuso físico e imposição de intervenções não concedidas que ferem o direito dessas mulheres de estar livre de maus tratos e o direito à informação.

Outra violência física que aqui se apresenta é a medicalização. De acordo com os relatos das entrevistadas, o uso tornou-se cada vez mais presente nos seus corpos, sob a justificativa da necessidade de um parto sadio e redução do sofrimento. Ao tratar este momento com o status de doença ou distúrbio, a medicina por meio da medicalização dos processos naturais, passa a se tornar uma das maiores, senão a maior, instituição de controle social (Foucault, 2000).

“(...) a minha médica chegou, fez o toque e disse: você só tá com 2 cm, ainda assim desse jeito você não vai sair daqui mulher, vamos induzir, vamos induzir.” (P2)

“(...) ela disse que era necessário aumentar a ocitocina. E ela aumentou a ocitocina absurdamente” (P2)

“E aí eles me deram a ocitocina, me deram um comprimido intravaginal.” (P5)

“aumentou a ocitocina e doeu muito depois disso, não era de Deus” (P8)

Nas falas acima, a medicalização predominante é o uso da ocitocina, considerada por alguns especialistas como geradora de efeitos indesejáveis graves, resultando em eventos perinatais adversos, devendo seu uso ser seletivo e restrito a situações que existem indicações (Sadler et al., 2016), podendo o uso indiscriminado acarretar prejuízos para a mãe e para o bebê.

Relacionando-se com esta violação, fruto da utilização dos toques frequentes, da episiotomia, da exposição do corpo, dentre outras situações, nos deparamos com a violência obstétrica sexual. Os dados mostram que 3 mulheres sofreram essa violência que pode ser compreendida como toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade, deslegitime o seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo atingir diretamente ou não os órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo (Sesia, 2020). Sendo extremamente danosa, concretiza-se simbolicamente a nível do corpo e comportamento.

“eu estava sentindo meu corpo travando, sabe? travando porque é uma pessoa estranha me tocando (...)” (P4)

“(...) eu sentia fazendo força para minha filha nascer, ao mesmo tempo ele esticando a parte inferior e esquerda da minha vagina sabe, esticando puxando (...)” (P4)

“(...) o que mais me afetou, é isso da minha sexualidade. Tá nesse momento dilacerada, dilacerada, seria essa é a palavra. Eu não tenho vontade de me tocar, eu não tenho vontade de ter relação. Eu não tenho vontade de nada assim (...)” (P4)

“(...) até hoje eu sinto as consequências da minha vida sexual que não voltou normalmente, porque eu não tenho mais a mesma lubrificação.” (P5)

“relações sexuais, sim morria de vergonha, morria de vergonha, morria de nojo, eu não conseguia olhar.” (P6)

Esse tipo de violência acarreta consequências como por exemplo dores na genitália, fruto de atuações violentas na parte íntima (Diniz et al., 2015). Relatou-se ainda, em alguns casos, consequências na vida sexual, uma vez que as entrevistadas tiveram sua autoestima e psicológico abalados. As mulheres ainda relatam que tiveram a confiança nos profissionais de saúde diminuída, só conseguindo olhá-los como violadores.

O que era para ser uma relação humanizada, onde permeiam o diálogo, informação e confiança, neste caso, desembocou em violência institucional, que se apresenta como aquela em que há a reprodução das desigualdades nas relações de poder presentes no espaço social para o âmbito hospitalar (Aguiar & D’Oliveira, 2010). Neste caso, as 10 mulheres entrevistadas revelaram sofrer violência institucional.

“(...) ao chegarmos lá, dei entrada na recepção e X não pôde me acompanhar. Eu acho que foi uma das primeiras violências.” (P2)

“O enfermeiro H, foi o quem me violentou. Foi logo pondo a luva e querendo fazer o toque (...)” (P4)

“o médico disse: você está dentro do ambiente hospitalar, quem tem a voz aqui somos nós, nós sabemos o que é melhor para sua filha.” (P5)

“a abordagem médica contribuiu para que não houvesse mais desenvolvimento de trabalho de parto.” (P7)

“a recepcionista do Centro de Saúde falou: hoje recebemos 300 pessoas, só 1 português. Expondo o seu incômodo de ter muitos imigrantes ali” (P8)

“o médico não pode fazer tudo, mas na esfera pública a gente fica mais suscetível ao poder do médico.” (P10)

Os depoimentos revelam como as instituições comportam-se como instrumentos de controle social criadas pela sociedade dentro da sua própria estrutura, com o objetivo de manter a supremacia de determinados grupos já que são legitimadas pelo Estado (Foucault, 2000). As falas das entrevistadas proporcionam compreensão dos abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições (equipes de saúde e pessoal administrativo). Os profissionais de saúde aparecem como um dos principais responsáveis pela reprodutividade da violência obstétrica neste estudo, confirmando algumas das referências estudadas (Barata, 2022a, Costa et al., 2021; Simões, 2016). Essa hierarquização abre espaço para que sejam realizadas intervenções e procedimentos por vezes desnecessárias, as quais expõem a mulher a riscos e lhe trazem sofrimento (Barata, 2022a; 2022b), demonstrando que a mulher é vista como detentora de menor saber sobre o seu corpo do que o profissional de saúde que a esteja acompanhando.

Ao esmiuçar as violências vivenciadas, os relatos das entrevistadas revelam ainda que dentro dessas instituições há condutas destinadas a caluniar, difamar ou injuriar à honra ou reputação. Configurando-se como violência moral, os dados quantitativos revelam que as 10 mulheres entrevistadas sofreram essa violência refletida em um conjunto de práticas ofensivas à saúde sexual e reprodutiva, de modo a ofendê-las diante de terceiros, com o objetivo de prejudicar sua reputação e abalar sua saúde psíquica (Diniz et al., 2015; Rhode, 2016). Inevitavelmente é possível perceber esta prática entre os relatos das mulheres entrevistadas.

“(...) a mulher aguenta tudo, vai ter que sair.” (P2)

“Eu tenho 11 mulheres para nascer né? Não sei o quê, infelizmente a gente não pode esperar o tempo de cada uma, não sei o quê né?” (P3)

“(...) a enfermeira brigou comigo porque disse que eu estava sujando o chão. Você tá sujando o chão, tá sujando tudo, não pode.” (P5)

“(...) eu entrei na sala e ele disse: que barriga enorme, você é muito pequenininha, esse filho não vai sair por baixo.” (P2)

“(...) olha eu vou ter que te cortar. Estava escrito no meu plano de parto que eu não queria episiotomia sob hipótese nenhuma. Olha, eu sei que você escreveu naquele pedaço de papel higiênico que você não queria (...)” (P6)

“a anestesista falou que eu era histérica, que coitada dessa criança que tem uma mãe tão histérica.” (P7)

Os dados do estudo feito pela European Commission, Directorate General for Justice and Consumers, et al. (2024) informam que, em Portugal, 23.3% das mulheres foram vítimas de violência verbal. Os relatos trazem casos de xingamentos, maus-tratos, abordagens, comentários desagradáveis, deboches, ameaças, chantagens, descaso e desinformação, exposição à riscos físicos, psicológicos e verbais, com humilhações que ferem sua privacidade. No entanto, apesar de serem recorrentes, essas práticas/situações ocorrem muitas vezes de modo velado e raramente são questionadas pelas pacientes, pelo medo das represálias que podem vir a sofrer durante o contacto com o serviço de saúde (Aguiar & D’Oliveira, 2010; Topa, 2016).

As consequências, onde a violência é fruto de uma assistência desrespeitosa, precisa ser bem analisada, visto que tal ação resulta em complicações físicas e psicológicas para as mulheres (Diniz et al., 2015). A vertente psicológica dos abusos se explica nos casos de mentiras, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informação ou em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais (Barata, 2022a). Isto é perceptível também nos depoimentos das entrevistadas.

“uma outra moça que eu imagino ser a auxiliar, começou a ler o meu plano de parto com ironia... Não aceito analgesia mesmo que eu peça durante a fase ativa. Aí, olhou assim para anestesista, aí a anestesista olhou assim.” (P4)

“Eu só não assinei a minha alta, porque depois me disseram: se você assinar a gente não vai prescrever os antibióticos, só pode fazer o antibiótico se for aqui.” (P1)

“mesmo expondo a minha vontade, elas não escutavam” (P10)

“Porque o tempo todo o cara ameaçando com cesariana (...)” (P4)

“Ele nesse momento, ele sobe no banco, ele olha para mim e diz: eu vou ter que te cortar, ele diz eu vou ter que te cortar e se eu não fizer isso, corre o risco da sua filha morrer.” (P6)

“E ela ficava olhando no computador, não tinha aquele atendimento humano, sabe? De olhar para a pessoa— eu falava e ela estava só apertando lá os botões no computador e preenchendo as coisas lá dela.” (P3)

“Era tudo sumariamente desconsiderado, era como se estivesse exagerando (...)” (P5)

“Ela me bombardeou para fazer indução.” (P10)

Durante a entrevista, algumas mulheres relataram vivenciar os impactos dessa violência, a partir de prejuízos psíquicos que podem se tornar duradouros, ocasionando traumas que refletem nas mulheres como: o medo de uma nova gestação, pensamentos suicidas, depressão, destruição da autoestima, perda da autoconfiança.

“Eu não tava me sentindo capaz de cuidar da minha filha (...)” (P1)

“Eu tive todo esse problema da psicose, ainda dentro do hospital (...)” (P1)

“(...) eu comecei a ter mais sintomas de uma depressão pós-parto (...) eu tive uma ideia suicida (...) A minha depressão quis fazer eu colocar ele numa bolha, porque o meu maior medo era ter que voltar pro hospital com ele.” (P2)

A violência psicológica traduzidas em ações verbais ou comportamentais da equipe de saúde e todos que compõem o ambiente hospitalar amplificaram o olhar para a desigualdade de gênero e a imposição da mulher suportar qualquer dor ou situação durante a gravidez, parto e pós-parto. Diniz et al. (2015) justificam a ligação da violência obstétrica como uma inconsequente crença que a nossa sociedade sustenta de que a mulher é submissa às escolhas do homem, neste caso em específico, configurada pela presença do homem médico. Essa crença sustenta-se também na ideia de que o corpo feminino é carente de intervenções por ser um corpo imprevisível, principalmente no momento do parto. Deste modo, Diniz et al. (2015), afirmam que a desigualdade de gênero sustenta a violência obstétrica com base em questões moralistas.

2.1.3 Discriminação Interseccional

Os exemplos apontados acima, são suficientes para demonstrar que tais iniquidades também devem ser compreendidas por um viés interseccional que envolve gênero, raça, etnia, sexualidade, como categorias estruturantes das relações sociais em Portugal e demonstradores

de que essas mulheres correm mais riscos de sofrer violência obstétrica (Barata, 2022a). Isso fez com que houvesse apoio a concepção de que algumas mulheres suportam mais dor com base na sua raça, classe ou outras construções sociais, o que no léxico de hoje tem sido denominado por “resistência obstétrica” (Davis, 2019). Para Dias e Dias (2011) raça e gênero também são alguns dos mais importantes princípios de divisão hierárquica que não deixam de interagir com o princípio nacional nos cuidados maternos, reforçando relações de dominação, captando como as mulheres em situação de vulnerabilidade tendem a enfrentar muito mais problemas obstétricos e ginecológicos do que outras mulheres. Neste estudo algumas das violências interseccionais levantadas foram: xenofobia, racismo e sexismo.

“ela entrou naquela sala reclamando, tipo assim: por que ela recebeu esse tipo de atendimento? Qual a diferença? É porque ela é estrangeira?... por que é que ela foi tratada dessa maneira? Isso está errado, é porque ela é estrangeira? (...)” (P1)

“(...) ouvi comentários do tipo, esses brasileiros com essas manias né, de ser diferente (...)” (P6)

“O médico fazia piadas o tempo inteiro com o Brasil... dizia que Portugal estava se acabando por conta da imigração (...)” (P9)

“...eu pedi o rebozo. Aquele pano de circo? O que você acha de abraçar uma árvore? De ir lá abraçar uma árvore lá embaixo? Se pendurar numa árvore lá embaixo?” (P6)

“o médico estava me chamando de selvagem, de macaco” (P6)

“a recepcionista falou: brasileira só vem pra cá para fazer filho e roubar filho e marido dos outros” (P8)

“na gravidez eu comecei a sentir a xenofobia em proporções muito maiores” (P9)

“no hospital eles dividiram em quartos de mães portuguesas e mães não portuguesas (...) eles não misturavam” (P9)

Para além da dimensão violenta, emerge uma outra mais sutil, igualmente perniciosa, que corresponde à generalização do estigma da “prostituta” e de “fácil acesso” a todas as mulheres brasileiras (Padilla, 2007). Esta imagem acarreta consequências diretas e indiretas, no dia a dia destas mulheres e nos mais diversos contextos sociais, não sendo a saúde uma exceção (Topa et al., 2016). No caso das entrevistadas, o estereótipo da hipersexualidade é valorizado, levando-as a serem associadas à promiscuidade.

É a partir do conceito de colonialidade de gênero, que Lugones (2014; 2020) mostra que as mulheres não brancas são animalizadas, a partir do pensamento e da prática colonial, marcadas sexualmente como mulheres porque não correspondem às características de uma

suposta feminilidade inerente às mulheres brancas europeias. O próprio sistema moderno-colonial de gênero, ao racializar e designar gênero (dentro de um pensamento binário), é corresponsável pelo abuso e pela desumanização historicamente produzida sobre os corpos das mulheres racializadas (Meinerz & Santos, 2023). Assim, as mulheres entrevistadas demonstraram percepção sobre os marcadores históricos e sociais que as colocam em um lugar de desqualificação e vulnerabilidade.

Ligado a isto, o racismo obstétrico também persiste, resultando em desigualdades não só na prestação de serviços, mas também na possibilidade de distribuição de benefícios e oportunidades aos variados grupos a partir do caráter étnico-racial. Neste caso, para que o racismo opere é necessário ter dois elementos: a diferença e o poder. Para Kilomba (2019) a diferença se sustenta na visão de que há “Nós” e o “Outro” e que esta relação é hierarquizada, reveladora de assimetrias. O poder se justifica no tratamento desigual destinado aos que consideramos diferentes (Barros, 2020), gerando o pavimento pelo qual o racismo institucional caminha, possibilitando desigualdades no acesso aos serviços institucionais (Davis, 2019).

O uso da interseccionalidade demonstra-nos o desenvolvimento de contextos aprimorados pela exclusão política, de silenciamento e discriminação (Crenshaw, 2002; McCall, 2005). Não se pode ignorar os comentários feitos pelos profissionais de saúde referentes a esses corpos “outros”, de mulheres brasileiras racializadas, pelos quais expõem seus tratamentos discriminatórios e violentos. Desta forma, é necessário observar estas violações sob uma ótica interseccional, sendo o único meio de desenvolver intervenções e promover mecanismos de proteção verdadeiramente eficazes.

2.1.4 Reações: o que essas mulheres sentem?

Os danos na vida dessas mulheres está presente em cada fala. As memórias do pré-natal ao pós-parto permanecem vivas a nível cognitivo e psicológico, trazendo inúmeros impactos sobre as vivências dessas mulheres (Conceição et al., 2023). Nesta fase da vida, o corpo vem para o primeiro plano onde qualquer acontecimento pode afetar emocional e psicologicamente.

“enfim, é uma experiência terrível. A sensação que eu tenho é que isso manchou sabe, o nascimento da minha filha, não foi nada do jeito que eu queria, é tão frustrante” (P1)

“Não, eu não estava me sentindo capaz de cuidar da minha filha.” (P1)

“eu fiquei muito chorosa, o início do parto muito difícil.” (P2)

“Eu sentia medo (...) ficava pensando por que é que ele não pode entrar comigo? Fiquei insegura.” (P2)

“Eles me tiraram o que era para ter sido o melhor dia da minha vida. E me deram o pior dia da minha vida.” (P2)

“Eu me senti muito abusada, me senti manipulada, me senti vulnerável, desprotegida, triste, me senti frustrada (...) eu me senti violada do começo ao fim.” (P5)

“foi muito difícil, eu não conseguia falar sobre isso, porque eu desabava de chorar, foi terrível.” (P7)

“eu era um pedaço de carne” (P10)

Os dados do estudo feito pela European Commission, Directorate General for Justice and Consumers, et al., (2024) afirmam que 38.1% das mulheres não receberam apoio emocional. Esta investigação percebeu que, neste delicado momento em que as mulheres esbarram suas identidades diante do positivismo médico, a tática na utilização do medo e da dor associados ao ambiente hospitalar ampliam a vulnerabilidade, provocando resultados em aspectos subjetivos, como por exemplo experiências traumáticas e o adoecimento (Shabot, 2021).

“(...) aí foi uma tortura, isso para mim. O pior de tudo, o que me deixou assim mais abalada, foi esse momento, porque isso afetou minha sexualidade (...)” (P4)

“(...) fui para casa e eu fiquei 15 dias de cama, eu não conseguia, eu só amamentava deitada porque eu não conseguia sentar para poder amamentar meu filho, eu não conseguia trocar fralda (...)” (P5)

“eu tive uma aderência no pós-parto (hospital) que doía muito e ninguém fez nada.” (P9)

Uma vez que os contatos propostos junto a equipe de saúde, hospital, intervenções, só é possível através de um corpo que se torna sensível ao outro, seria necessário entendê-lo como um lugar de apropriação de sentido no mundo. As violências que foram identificadas pelas entrevistadas são frutos deste corpo-vivo que diante dos olhares e mãos que as capturaram, reconhecem essas violências como cortante dos vínculos com seus corpos e do evento mais especial de suas vidas. Neste sentido, Reis (2011) nos diz que a subjetividade busca compreender a experiência do corpo, trazendo para a Psicologia a dimensão vivencial, fundamental à compreensão de como o sujeito se constitui.

“eu tive uma psicose pós-parto (...) foi impactado pelo atendimento que eu recebi por aquela médica e aí, dali para frente, eu tive que fazer medicação prescrita pelo psiquiatra durante alguns meses.” (P1)

“eu comecei a ter mais sintomas de uma depressão pós-parto (...) Eu tive uma ideia suicida.” (P2)

“(...) e a nível emocional agora eu estou tomando remédio, né? Tomando remédio para depressão.” (P4)

Estudos mostram que as inúmeras sequelas e traumas provavelmente podem refletir no puerpério, aumentando o risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto (Conceição et al., 2023), tanto para o bebê, quanto para a mãe. Apontam ainda que as taxas de mortalidade materna estão relacionadas ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde ofertados e, de acordo com Diniz et al. (2015), grande parte poderia ser evitada através da aplicação adequada de políticas públicas. Um outro exemplo vem de um estudo inédito publicado em março de 2023 por Leite et al. (2023) na Revista Lancet Regional Health - Américas que mostra a relação entre a ocorrência do evento traumático e a dificuldade durante o aleitamento.

“Eu queria ter dado de mamar. Eu me sentia culpada, me senti castigada. Parecia que era um castigo eu não poder.” (P1)

“(...) nossa, meu leite saiu verde. A médica disse, pode ser psicológico (...)” (P2)

Não à toa, os estudos mostram que na maioria dos casos, mulheres imigrantes têm experiências menos satisfatórias quando acedem aos cuidados de saúde (Topa, 2016), pois há o agravante do despreparo de se lidar com as diferenças socioculturais, ignorando claramente os marcadores sociais de diferença, apagando as suas redes em torno de uma identidade, fruto dos pré-julgamento por parte dos profissionais de saúde por não serem portuguesas. Os principais impactos notados, segundo essas mulheres, nestes momentos mais importantes de suas vidas, foram o sentimento de culpa, tristeza, medo, insegurança, frustração, raiva, solidão, desamparo e luto. Assim, para Le Breton, (2008) não se pode ignorar que é preciso enfatizar a experiência do corpo como campo criador de sentidos, isto porque a reação não é uma representação mentalista, mas um acontecimento da corporeidade e, como tal, da existência (Le Breton, 2007; 2008; Merleau-Ponty, 2006).

Conclusão

Nessa pesquisa buscou-se compreender e conhecer as experiências subjetivas de violência obstétrica vivenciadas por mulheres brasileiras racializadas no SNS, sendo estas

responsáveis por cortar vínculos com os corpos e mundos, ferindo o “sujeito autônomo”. Muitos relatos vieram repletos de tristeza, dor, solidão, medo, frustração e marcas. As vozes que não devem se calar e às reivindicações ao protagonismo que lhes foi retirado nesse momento da gravidez, parto e pós-parto devem ganhar destaque.

Neste caso, é importante destacar que infelizmente verificou-se que a violência obstétrica esteve presente no contato com a prestação de cuidados maternos no SNS português com as mulheres brasileiras racializadas. Isto acaba por revelar um agravamento e inadequação na assistência da gravidez ao pós-parto, uma vez que essas mulheres sofreram prejuízos psíquico, físico, sexual, moral, que acabaram refletindo na sua relação com seus corpos, na amamentação e cuidados com as crianças e na relação com companheiros.

Com isso, o olhar interseccional deste trabalho promoveu uma reflexão sobre marcadores identitários, demonstrando ser fundamental para que a relação da vivência, discriminação e violência na gestação, parto e pós-parto, visto que revela-se as consequências pelas quais a violência obstétrica é algo que não pode ser tolerada. Percebeu-se como diferentes questões tecem uma rede de complexidades que tem no espaço das unidades de saúde uma dinâmica cheia de conflitos, acabando por gerar traumas irreparáveis. A violência praticada pelos profissionais de saúde ainda se encontra tão naturalizada em Portugal, que tais ações favoreceram a construção da cultura do medo do parto, em especial do parto normal, negando a mulher como um sujeito de autonomia e liberdade.

A reflexão sobre a imigração feminina e sobre outros marcadores identitários demonstrou-se fundamental para que a relação da vivência de gestação, parto e nascimento, seja acompanhada com conhecimento de competências culturais entre a equipe de saúde que as assiste, promovendo igualdade de gênero, de raça e de nacionalidade no acesso, utilização e qualidade dos serviços. Uma vez que a obstetrícia e ginecologia se constituem práticas eficientes de gestão colonial, operando a um só tempo enquanto tecnologia de gênero, de nacionalidade e de raça, reduzindo e ajustando os corpos com útero às suas funções reprodutivas, torna-se necessário articular ativismos que encorajam àquelas que se reconhecem como mulheres a reinventar seus corpos e a fertilizar umas às outras a partir de afinidades reflexivas.

Como parte da solução levantada para o crítico problema, as entrevistadas apontam a necessidade de mudanças atreladas a políticas públicas, com destaque para formação profissional, cujo papel primordial é o fortalecimento do modelo humanístico, buscando o respeito, a fisiologia do parto e o protagonismo da mulher. A realização de um pré-natal de qualidade, visando informar e preparar física e psicologicamente a mulher para o trabalho de

parto e pós-parto, assume grande importância. Acredita-se na possibilidade da Psicologia fornecer subsídios à elaboração da violência sofrida, acolhendo e prestando amparo psicológico, não apenas a mulher, mas também sua rede de apoio, sendo pertinente também, como forma de prevenção a partir da realização de grupos de gestantes, pais ou rede de apoio.

Este estudo apresentou algumas limitações que devem ser interpretadas na sua apresentação. Primeiro o número de entrevistadas, por se tratar de um tema muito sensível, houve dificuldade para que mais mulheres aderissem ao estudo. Outro ponto foi a modalidade para a recolha de dados, pois todas optaram por fazer a entrevista on-line, o que dificultou na forma de abordar o tema, impossibilitando que talvez outras questões pudessem emergir, face ao distanciamento no contato. A técnica de bola de neve é uma excelente estratégia para levantar participantes, mas ao mesmo pode restringir o acesso a outros marcadores sociais, pois muitas vezes a rede de contato das participantes pertence a contextos semelhantes.

Por fim, a ausência de dados referente aos profissionais de saúde, reduz em certa medida a reunião do contexto de cuidados maternos. O mesmo ocorre com outros corpos migrantes, uma vez que se acredita na importância de que diversas falas ocupem espaço na busca de soluções. É preciso rever as instituições e seus valores, reconhecer os erros para poder atuar sobre eles, principalmente quando estamos diante de práticas intoleráveis. Uma mudança efetiva no âmbito das práticas institucionais a partir da escuta dessas vivências convergentes, interferindo na cultura, nas práticas sociais, abrindo portas para a construção coletiva de políticas de saúde materna. Este trabalho preocupou-se em promover um lugar de fala. As realidades fruto dessas vivências interseccionais foram fundamentais para que se pudesse compreender melhor como a violência obstétrica em Portugal acomete essas mulheres.

Referências

- Aires, E. (2023). *Violência obstétrica: estudo qualitativo sobre concepções e significados no contexto português* [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Lusófona do Porto, Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto.
- Aguiar, J. M., & D'Oliveira, A. F. P. L. (2010). *Violência institucional em maternidades públicas: Hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero* [Tese de doutorado]. Faculdade de Medicina de São Paulo.

<https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/14094/1/Disserta%20a7%20a3o%20de%20Mestrado%20Elisa%20Leite.pdf>

- Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade: Feminismos plurais*. Polén.
- Assis, G., & Kosminsky, E. (2007). Gênero e migrações contemporâneas. *Revista Estudos Feministas*, 15(3), 695-697. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2007000300012>
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2015). *Experiências de parto em Portugal: Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto*. Autor. http://www.associacaogravidezparto.pt/wpcontent/uploads/2016/08/Experi%C3%A2ncias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2020). *Inquérito experiências de parto em Portugal, 2ª ed.* Autor. https://associacaogravidezparto.pt/wpcontent/uploads/2020/12/Experie%CC%82ncias-de-Parto-m-Portugal_2edicao_2015-19-1.pdf
- Associação Saúde das Mães Negras e Racializadas em Portugal. (2023). *Experiências de gravidez, parto e pós-parto de mulheres negras e afrodescendentes em Portugal - 1º Relatório Técnico*. Autor. <https://drive.google.com/file/d/1Xos6n1GNtrFUFgtSfNDw2GQldsd4IMDM/view>
- Barata, C., Simões, V., & Soromenho, F. (2023). Obstetric violence as gender-based violence. In S. Banwell, L. Black, D. K. Cecil, Y. K. Djamba, S. R. Kimuna, E. Milne, L. Seal, & E. Y. Tenkorang (Eds.), *The Emerald International Handbook of Feminist Perspectives on Women's Acts of Violence* (pp. 203-217). Emerald Publishing. <https://doi.org/10.1108/978-1-80382-255-620231014>
- Barata, C. (2022a). “Mix of races, bad uterus”: Obstetric violence in the experiences of Afro-Brazilian migrants in Portugal. *Societies*, 12(3), 1-15. <https://doi.org/10.3390/soc12030078>
- Barata, C. (2022b). Body broken in half: Tackling an Afro-Brazilian migrant’s experience of obstetric violence and racism in Portugal through art making. *Revista D’Antropologia I Investigació Social - (Con)textos*, 10(1), 65-84. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/52229/1/ICS_CBarata_Body.pdf
- Barros, D. R. (2020). Racismo. In J. Siqueira & T. Rodrigues (Eds.), *Coleção: Desconstruindo o lugar comum*. Edições Brasil / Editora Fibra.
- Bilge, S., & Collins, P. H. (2021). *Interseccionalidade* (1ª ed.). Boitempo.

- Borges, M. T. R. (2018). A violent birth: Reframing coerced procedures during childbirth as obstetric violence. *Duke Law Journal*, 67(4), 827-862. <https://www.semanticscholar.org/paper/A-Violent-Birth%3A-Reframing-Coerced-Procedures-as-Borges/7bd9504a796a578e42349d88b2de7f921cfce022?sort=relevance&citationIntent=background>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2020). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.
- Collins, P. H. (2002). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Routledge.
- Conceição, H. N., Gonçalves, C. F. G., Mascarenhas, M. D. M., Rodrigues, M. T. P., & Madeiro, A. P. (2023). Desrespeito e abuso durante o parto e depressão pós-parto: Uma revisão de escopo. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT236922>
- Costa, K. A. O. da, Brito, L. E. F., Coimbra, C. V. da S., Lopes, N. C. C., Depuydt, D. O. dos S., & Correia, R. N. (2022). Racismo obstétrico em Portugal: Relato de experiência de um coletivo antirracista. *Forum Sociológico*, 41(1), 7-14. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1067>
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 171-188. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2002000100011/8774>
- Crenshaw, K. (2017). *On intersectionality: Essential writings*. The New Press.
- Davis, D.-A. (2019). *Reproductive injustice: Racism, pregnancy and premature birth*. NYU Press. <https://doi.org/10.18574/nyu/9781479812271.0>
- Dias, B. P., & Dias, N. (2011). *Imigração e racismo em Portugal: O lugar do outro*. Edições 70 e Le Monde Diplomatique.
- Diaz-Tello F. (2016). Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters* 24(47), 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>

- Diniz, S. G., Salgado, H. O., Andrezzo, H. F. A., Cardin, P. G. C. de, Albuquerque, P. C. C., Aguiar, C. A., & Nily, D. Y. (2015). Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: Origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377-376. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers. (2024). *Case studies on obstetric violence: Experience, analysis, and responses*. Publications Office. <https://doi.org/10.2838/712175>
- Evaristo, C. (2017). *Poemas da recordação e outros movimentos*. Belo Horizonte: Nandyala.
- Fedele, A., & White, J. (2018). Birthing matters in Portugal: Introduction. *Etnográfica*, 22(3), 607-618. <https://doi.org/10.4000/etnografica.5951>
- Fonte, M. L., & Pacheco, A. C. L. (2022). Mulheres racializadas no Sul da Bahia: Mapeando colonialidades de gênero, raça/etnia e sexualidade. *Dossiê: Horizontes do pós-colonial*, 19(1), 68-86. <https://doi.org/10.5007/1806-5023.2022.e83023>
- Foucault, M. (1988). *A história da sexualidade: A vontade de saber*. Edições Graal.
- Foucault, M. (2000). *Microfísica do poder* (16ª ed.). Graal.
- Gomes, C. de M. (2018). Gênero, raça e classe: Violências entrelaçadas nas trajetórias de mulheres negras e a interseccionalidade como perspectiva de análise. *Revista Katálysis*, 21(1), 36-46. <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p036>
- Gonzalez, L. (1980). Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, Anpocs, 223-244. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7395422/mod_resource/content/1/GONZALE%2C%20L%2C%A9lia%20-%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf
- Gonzalez, L. (2008). Mulher negra. In E. L. Nascimento (Org.), *Guerreiras de natureza: Mulher negra, religiosidade e ambiente* (pp. 29-47). Selo Negro.
- International Organization for Migration. (2019). *Glossary on migration*. IOM. https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf
- Juárez, D. P. (2012). *Violencia sobre las mujeres: Herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios* (Á. Tessio, Ed.). Ministerio de Salud de la Nación.
- Kilomba, G. (2019). *Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano*. Cobogó.
- Lazzerini, M., Covi, B., Mariani, I., Drglin, Z., Arendt, M., Nedberg, I. H., Elden, H., Costa, R., Drandić, D., Radetić, J., Otelea, M. R., Miani, C., Brigidi, S., Rozée, V., Ponikvar, B. M., Tasch, B., Kongslie, S., Linden, K., Barata, C., & Valente, E. P. (2022). Quality of

- facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: Online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet Regional Health – Europe*, 13, 100268. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100268>
- Le Breton, D. (2008). *Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade* (3ª ed.). Papirus.
- Le Breton, D. (2007). *A sociologia do corpo* (S. M. S. Fuhrmann, Trad.). Vozes.
- Leite, T. H., Marques, E. S., Mesenburgo, M. A., Silveira, M. F. da, & Leal, M. do C. (2023). The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: Findings from a perinatal cohort “Birth in Brazil”. *The Lancet Regional Health – Americas*, 19, 100438. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100438>
- Louro, G. L. (1997). *Gênero, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista*. Vozes.
- Lugones, M. (2014). Rumo a um feminismo descolonial. *Revista Estudos Feministas*, 22(3), 935-952. <https://doi.org/10.1590/%25x>
- Lugones, M. (2020). Gênero e colonialidade. In H. B. de Hollanda (Org.), *Pensamento feminista hoje: Perspectivas decoloniais*. Bazar do Tempo.
- Martins, A. P. V. (2020). A mulher, o médico e as historiadoras: Um ensaio historiográfico sobre a história das mulheres, da medicina e do gênero. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 27, 241-264. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000100014>
- McCall, L. (2005). The complexity of intersectionality. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771-1800. <https://doi.org/10.1086/426800>
- Meinerz, N. E., & Santos, J. N. dos. (2022). Ginecologia e colonialidade: Intersecções de raça e sexualidade. *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares*, 24(3), 446-471. <https://doi.org/10.12957/irei.2023.73135>
- Merleau-Ponty, M. (2006). *Fenomenologia da percepção* (3ª ed.). Martins Fontes.
- Minayo, M. C. de S. (2008). *O desafio do conhecimento* (11ª ed.). Hucitec.
- Nader, M. B. (2014). Gênero e sexualidade. In M. B. Nader & L. A. S. Rangel (Orgs.), *Mulher e gênero em debate: Representações, poder e ideologia*. EDUFES.
- Nogueira, C. (2017). *Interseccionalidade e psicologia feminista*. Editora Devires.
- Nwoke, C. N., & Leung, B. (2021). Historical antecedents and challenges of racialized immigrant women in access to healthcare services in Canada: An exploratory review of the literature. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 8(6), 1447-1455. <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00907-9>

- Oliveira, C. R. (2023). *Indicadores de integração de imigrantes: Relatório estatístico anual 2023*, Coleção *Imigração em Números do Observatório das Migrações*. ACM. <https://migrant-integration.ec.europa.eu/system/files/2023-12/Relatorio%20Estatistico%20Anual%20-%20Indicadores%20de%20Integracao%20de%20Imigrantes%202023.pdf>
- ONU News. (2019). *74ª sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas*. Nações Unidas. Consultado a 21 de abril de 2023, de <https://news.un.org/pt/events/unga74>
- Palharini, L. A. (2017). A autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cadernos Pagu*, 49, 1-37. <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>
- Padilla, B. (2007). A imigrante brasileira em Portugal: Considerando o gênero na análise. In J. M. Malheiros (Ed.), *Imigração brasileira em Portugal* (pp. 113-134). ACIDI.
- Padilla, B. (2008). Saúde dos imigrantes: Protegendo direitos e assumindo responsabilidades. In A. Vitorino (Ed.), *Migrações: Oportunidade ou ameaça? A habitação e a saúde na integração dos imigrantes*. Principia.
- Padilla, B., Fernandes, A., & Miguel, J. (2009). Health and migration in the European Union: Good practices. In A. Fernandes & J. Miguel (Eds.), *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Padilla, B., & Miguel, J. (2009). Health and migration in the European Union: Building a shared vision for action. In A. Fernandes & J. Miguel (Eds.), *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society* (pp. 15-22). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Portugal. Lei n.º 110/2019, de 09 de setembro. Diário da República, 1.ª série - N.º 172, 2019. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/17200/0009400101.pdf>
- Portugal. Lei n.º 181/2021, de 28 de junho. Diário da República, Série I - N.º 123, 2021. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/181-2021-165865615>
- Rohde, A. M. B. (2016). *A outra dor do parto: Género, relações de poder e violência obstétrica na assistência hospitalar ao parto* [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. <https://hdl.handle.net/10362/20395>
- Sadler, M., Santos, M. J. D. S., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions

- of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55.
<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Saffioti, H. (2004). *Gênero, patriarcado, violência*. Editora Fundação Perseu Abramo.
- Saffioti, H. (2001). Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, 16, 115-136.
<https://www.scielo.br/j/cpa/a/gMVfxYcbKMSHnHNLrqwYhKL/?format=pdf>
- Santos, J. M., Oliveira, T. L., & Sousas, R. (2016). Parto, mulher negra e violência: Corpos invisíveis?. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, 17(2), 112-119.
<https://doi.org/10.52753/bis.2016.v17.35278>
- SEF/GEFP. (2022). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo*. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. <https://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2022%20vF2a.pdf>
- Segato, R. L. (2012). Gênero e colonialidade: Em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. *e-cadernos CES*, 18, 106-131.
<https://doi.org/10.4000/eces.1533>
- Sesia, P. (2020). Naming, framing, and shaming through obstetric violence: A critical approach to the judicialisation of maternal health rights violations in Mexico. In J. Gamlin, S. Gibbon, P. Sesia, & L. Berrio (Eds.), *Critical medical anthropology: Perspectives in and from Latin America* (pp. 222-247). UCL Press.
- Shabot, S. C. (2021). We birth with others: Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence. *European Journal of Women's Studies*, 28(2), 213-228.
<https://doi.org/10.1177/1350506820919474>
- Simões, V. (2016). *A violência obstétrica: A violência institucionalizada contra o gênero* (Prémio Teresa Rosmaninho – Direitos Humanos, Direitos das Mulheres). Associação Portuguesa de Mulheres Juristas. <https://apmj.pt/premio-teresa-rosmaninho>
- Simões, V. (2023). *Violência obstétrica, direitos das mulheres e tutela jurídica* [Tese de doutorado, Universidade Nova de Lisboa]. Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa.
- Souza, K. J. de. (2014). *Violência institucional na atenção obstétrica: Proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto* [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília]. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.
- Topa, J. (2016). *Cuidados de saúde materno-infantis a imigrantes na região do grande Porto: Percursos, discursos e práticas*. ACM, I.P.
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/26676/1/Joana%20Bessa%20Topa.pdf>

- Topa, J., Neves, S., & Nogueira, C. (2016). Vivências de mulheres brasileiras nos serviços de saúde materna. *Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito*, 5(2), 25-51. <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ged/article/view/28481>
- Vieira, E. M. (2008). *A medicalização do corpo feminino*. Editora Fiocruz.
- Wall, K., Nunes, C., & Matias, A. (2005). *Immigrant women in Portugal: Migration trajectories, main problems and policies*. ICS.

Anexos

Anexo 1

Caracterização sociodemográfica das participantes

Tabela 1

Informações sociodemográficas das participantes

Participante	Idade	Nacionalidade	Identidade étnico-racial	Orientação sexual	Habilitação Literária	Nº de filhos/as	Tempo que vive em Portugal (anos)	Nacionalidade do parceiro/a	Situação perante emprego em Portugal
P1	31	brasileira	negra	heterossexual	licenciatura	1	4	brasileiro	empregada
P2	34	brasileira	parda	heterossexual	mestrado	1	6	português	empregada
P3	33	brasileira	parda	heterossexual	licenciatura	1	5	brasileiro	empregada
P4	33	brasileira	negra	heterossexual	licenciatura	3	2	brasileiro	desempregada
P5	34	brasileira	racializada	heterossexual	licenciatura	1	2	argentino	empregada
P6	34	brasileira	racializada	heterossexual	licenciatura	1	4	português	empregada
P7	34	brasileira	racializada	heterossexual	licenciatura	2	4	brasileiro	empregada
P8	29	brasileira	racializada	heterossexual	secundário completo	2	7	brasileiro	empregada
P9	31	brasileira	racializada	heterossexual	mestrado	1	5	brasileiro	empregada
P10	40	brasileira	racializada	heterossexual	licenciatura	2	7	brasileiro	empregada

Anexo 2

Guião de Entrevista Semiestruturada

Guião de Entrevista Semiestruturada do estudo

Violência Obstétrica em Portugal: polifonia de corpos brasileiros racializados

Bom dia/Boa tarde!

O meu nome é Mariana Holanda Rusu, aluna do Mestrado em Psicologia na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, estou a realizar uma investigação sobre Violência Obstétrica em Portugal: polifonia de corpos brasileiros e racializados. Desta forma, o presente estudo pretende compreender e conhecer as experiências subjetivas de violência obstétrica vivenciadas por mulheres brasileiras racializadas no contexto português. Antes de mais gostaria de reforçar a ideia de que não há respostas certas nem erradas e caso sinta desconforto, pode optar por não responder a qualquer questão e, se pretender, pode desistir da entrevista a qualquer momento. Tem alguma dúvida [caso tenha, esclarecer, caso contrário prosseguir]? Vamos então dar início à entrevista. Conforme indicado no consentimento informado, iremos proceder à respetiva gravação áudio.

Ressalto que todas as informações veiculadas com esta entrevista são confidenciais e anónimas, de modo que os dados serão tratados apenas para finalidade académica. Desde já agradeço a compreensão e colaboração.

Dados Sociodemográficos

Nome:

Idade:

Nacionalidade:

Naturalidade:

Estado civil (Casado/a, Casado/a (lei cigana), Divorciado/a, Processo de divórcio, Solteiro/a, União de facto, Viúvo/a):

Estado do Brasil:

Identidade de Género

Identidade étnico-racial:

Orientação sexual:

Habilitação literária:

Situação perante o emprego (desempregada, empregada, nunca trabalhou):

Profissão:

Ocupação:

Situação de moradia:

Tipo de domicílio:

Número de filhos/as: Idades:

Número de Filhos/as nascido/as em Portugal:

Está grávida? Meses:

Tempo residência em Portugal:

Nacionalidade do parceiro/a:

Percurso Migratório

1- Gostava que me descrevessem a sua história de imigração. Se possível me fala:

- . motivações
- . expectativas
- . redes de apoio
- . dificuldades e/ou facilidades
- . autorização de residência

2- Que mudanças ocorreram após a imigração? (explorar identidade, a nível familiar, pessoal, social, cultural)

3- Quando veio para Portugal teve informações sobre como funcionava o serviço nacional de saúde? Se sim, onde as obteve?

Ser imigrante grávida em Portugal

4- Neste percurso viveu algum episódio de violência ou discriminação? Qual é o significado que teve para si ser mulher grávida em Portugal?

Caso seja casada com um/a parceiro/a português/a considera que o facto de o/a seu/sua companheiro/a ser português/a acarretou algumas mais-valias/dificuldades na sua movimentação nos serviços de saúde? Se sim, pode dar exemplos de situações concretas? E pela família do seu companheiro/a sentiu apoio?

Gravidez

6- Você poderia me relatar como foi o seu período de gestação, em especial o acompanhamento pré-natal? Como foi para você?

. centro de saúde/hospital (equipe de saúde, planejamento, exames, escolha de hospital, grupo de gestante ou curso de preparação para gestantes, informações, tirar dúvidas, partilhar incômodos e/ou experiências)

. mês de gestação que acessou o SNS

. acompanhante nas consultas e exames

7- Durante a gravidez experienciou algum(ns) momento(s) que considera...

7.1 Ter(em) sido desafiador(es)? Se sim, pode-me falar sobre esse(s) momento(s)? (Caso tenha tido experiências negativas explorar o que foi dito/feito o que não gostou e/ou incomodou? Você percebeu algum tratamento diferente comparativamente a outras mulheres na mesma condição (alguma violência ou discriminação)? Foi-lhe imposto algo? Se sim, quais impactos acarretou (emocionalmente, fisicamente)?)

7.2 Ter(em) gratificante(s)? Se sim, pode-me falar sobre esse(s) momento(s)?

Parto

8- Você poderia me relatar como foi o seu parto? Como foi para você? (explorar hospital, internamento, equipe médica, medicalização, procedimentos, informações, tirar dúvidas, partilhar incômodos e/ou experiências, acompanhante, serviço\acolhimento, possibilidades de diminuição da dor, diminuição de mortalidade, resolução para situações de risco)

9- Durante o parto experienciou algum(ns) momento(s) que considera...

10- Ter(em) sido desafiador(es)? Se sim, pode-me falar sobre esse(s) momento(s)? (Caso tenha tido experiências negativas explorar o que foi dito/feito o que não gostou e/ou incomodou? Você percebeu algum tratamento diferente comparativamente a outras mulheres na mesma condição (alguma violência ou discriminação)? Foi-lhe imposto algo? Se sim, quais impactos acarretou (emocionalmente, fisicamente)?)

11- Ter(em) gratificante(s)? Se sim, pode-me falar sobre esse(s) momento(s)?

12- Sentiu que os seus direitos fundamentais foram assegurados durante o parto?

Pós-Parto

13- Você poderia partilhar como foi o seu pós-parto? Como foi para você? (explorar internamento, cuidados com a criança, equipe médica, procedimentos, informações, tirar dúvidas, partilhar incômodos e/ou experiências, acompanhante, serviço\acolhimento, visita domiciliar da equipa do centro de saúde)

Durante o pós-parto experienciou algum(ns) momento(s) que considera...

13.1 Ter(em) sido desafiador(es)? Se sim, pode-me falar sobre esse(s) momento(s)? Caso tenha tido experiências negativas explorar o que foi dito/feito o que não gostou e/ou incomodou? Você percebeu algum tratamento diferente comparativamente a outras mulheres na mesma condição (alguma violência ou discriminação)? Foi-lhe imposto algo? Se sim, quais impactos acarretou (emocionalmente, fisicamente)?

13.2 Ter(em) gratificante(s)? Se sim, pode-me falar sobre esse(s) momento(s)?

14- Na sua opinião existem cuidados específicos que deveriam ser assegurados a mulheres brasileiras racializadas? Dê exemplos.

15- Você percebe alguma diferença no seu corpo/vida emocional após o parto? Você acha que esses sentimentos tem haver com as coisas que aconteceram no seu parto? Sentiu alguma repercussão a nível da sua saúde mental?

16- Seria possível me falar um pouco do que mudou antes e depois do parto na sua vida? (de como vê o mundo, se relaciona com as coisas e as pessoas? Você consegue perceber alguma mudança em você? Qual é o significado que teve o parto enquanto mulher, mãe, companheira? E que impactos acarretou termos pessoais, relacionais, íntimos?

Violência Obstétrica

17- No que diz respeito à violência obstétrica...

Tem conhecimento do que é a violência obstétrica?

Considera ter sido alvo de violência obstétrica? Se sim, que elementos facilitam estas situações?

18- O que fez? Que ações tomou? Obteve alguma informação sobre os seus direitos?

19- Você compartilhou essa história com alguém? Em algum momento você teve medo de contar essa história?

Considerações Finais

20- Qual o seu nível de satisfação com os cuidados maternos (perinatais, puerpério), levando em consideração as condições de ser mulher - brasileira - racializada em Portugal?

21- Diante da experiência, enquanto mulher brasileira e racializada e tivesse o poder de fazer mudanças no SNS, quais as sugestões/mudanças faria?

22- Para terminar, deseja acrescentar alguma informação que considere pertinente e ainda não tenha referido, especialmente na vivência de violência obstétrica por mulheres brasileiras racializadas?

Damos assim por terminada a entrevista. Agradeço, uma vez mais, a sua participação que é de extrema relevância e irá enriquecer certamente este estudo. Reforço ainda que para o esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com esta investigação, poderá contactar o meu correio eletrónico: Mariana (up201900493@up.pt), estudante do Mestrado em Psicologia da FPCEUP. Obrigada.

Anexo 3

Declaração de Consentimento Informado



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Objetivo Geral:

A presente investigação pretende compreender e conhecer as experiências de violência obstétrica vivenciadas por mulheres brasileiras racializadas no sistema nacional de saúde português.

Investigadoras:

Esta investigação será conduzida no âmbito da dissertação de mestrado de Mariana Holanda Rusu, estudante do Mestrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob a orientação científica da Professora Doutora Conceição Nogueira e da Professora Doutora Joana Topa da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Participantes:

A participação no estudo implica: (a) o seu consentimento informado, livre e esclarecido; (b) a participação em entrevista individual com duração de cerca de 60 minutos. A participação nesta investigação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Tratamento de dados:

A entrevista será realizada presencialmente ou por videoconferência, sendo que o seu áudio será gravado, transcrito e armazenado em arquivos digitais. Durante a transcrição os dados recolhidos serão anonimizados, pelo que são confidenciais. A gravação áudio da entrevista será eliminada após a sua transcrição. Apenas as investigadoras deste estudo terão acesso aos dados recolhidos que serão utilizados exclusivamente para fins de investigação científica (divulgação em dissertação de mestrado, eventos ou artigos científicos que resultem desta investigação).

Devolução de resultados:

Se pretender que lhe seja enviado a dissertação de mestrado terminada um folheto informativo com a sumarização dos resultados obtidos nesta dissertação de mestrado, por favor deixe-nos o seu correio eletrónico:

Para o esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com esta investigação, poderá contactar: Mariana Holanda Rusu (up201900493@up.pt), estudante do Mestrado em Psicologia da FPCEUP.

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração!

Eu, _____ declaro que compreendi e consinto com toda a informação apresentada, participando voluntariamente nesta investigação, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão reflita em qualquer prejuízo para mim. Ademais, estou ciente de que minha participação no estudo não irá me trazer qualquer benefício direto ou indireto. Aceito que a minha entrevista seja gravada em formato áudio e as minhas respostas sejam utilizadas para fins de investigação científica (dissertação de mestrado e posteriormente para publicação científica) desde que asseguradas todas as condições de confidencialidade e anonimato, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados 2016/679 de 27 de abril de 2016 que entrou em vigor a 25 de maio de 2018 em Portugal.

Data _____ / _____ / _____

Assinatura do/a participante: _____

Assinatura da mestrande: _____

Anexo 4

Parecer favorável da Comissão de Ética



COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER (Ref.ª 2023-09-07c)

A Comissão de Ética (CdE) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo reapreciado os documentos do projeto de investigação denominado «**Violência Obstétrica em Portugal: polifonia de corpos brasileiros racializados**», submetidos para apreciação ética pela mestranda **Mariana Holanda Rusu**, com orientação da **Prof.ª Doutora Conceição Nogueira** e da **Prof.ª Doutora Joana Topa**, emite um parecer favorável à realização da pesquisa.

Parecer favorável

A CdE é favorável à realização do projeto tal como apresentado.

FPCEUP, 5 de janeiro de 2024

O Presidente da CdE,


Prof. Doutor Rui Alexandre Alves

Anexo 5

Divulgação do estudo

No âmbito do Mestrado em Psicologia da FPCEUP está em curso o estudo sobre Violência Obstétrica com mulheres brasileiras racializadas em Portugal. Da autoria de Mariana Holanda Rusu, o estudo visa compreender e conhecer as experiências de violência obstétrica vivenciadas por mulheres brasileiras racializadas no sistema nacional de saúde português.

Para participar, preencher o formulário:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe38L2GNrfqmPFZKQ9AVG09fp-2EI83V85tXIZhr3PmrBRHBg/viewform?usp=sf_link



Pedido de Colaboração em Estudo

Venho convidá-la para participar de uma pesquisa de Mestrado em Psicologia da FPCEUP em curso da autoria de Mariana Holanda Rusu sobre Violência Obstétrica em Portugal

Quem pode participar?

- Mulher brasileira a residir em Portugal;
- Maior de 18 anos;
- Identificar-se como mulher racializada;
- Ter sido mãe nos últimos três anos em Portugal;
- Ter percebido que sofreu violência obstétrica.

Entrevista presencial ou por videoconferência

Caso tenha interesse em participar, preencher o formulário disponível ou envie email para up201900493@up.pt

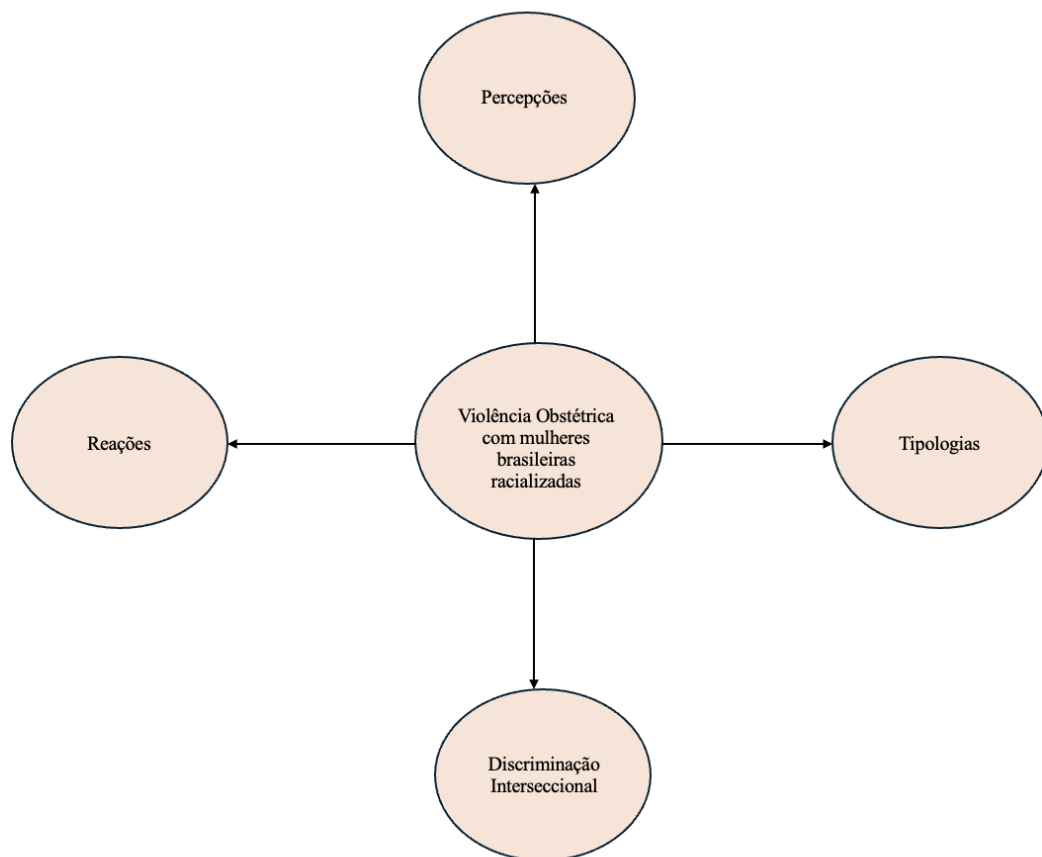


Anexo 6

Mapa Temático - organizador central e temas

Figura 1

Mapa temático da análise



Anexo 7

Mapa Temático - organizador central, temas e códigos

Figura 2

Mapa temático da análise - organizador central, temas e códigos

