

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Taisa de Paula Gonçalves

**ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NEGRAS:
UM OLHAR SOBRE A INTERSECCIONALIDADE DE
GÊNERO, RAÇA E CLASSE NO CONTEXTO DE TRABALHO**

Belo Horizonte
2021

Taisa de Paula Gonçalves

**ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NEGRAS:
UM OLHAR SOBRE A INTERSECCIONALIDADE DE
GÊNERO, RAÇA E CLASSE NO CONTEXTO DE TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Elysângela Dittz Duarte

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Cuidar em Saúde e em Enfermagem

Belo Horizonte
UFMG
2021

G635e Gonçalves, Taisa de Paula.
Enfermeiras obstétricas negras [manuscrito]: um olhar sobre a interseccionalidade de gênero, raça e classe no contexto de trabalho. / Taisa de Paula Gonçalves. - - Belo Horizonte: 2021.
170f.: il.
Orientador (a): Elysângela Dittz Duarte.
Área de concentração: Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Interseccionalidade. 2. Mulheres. 3. Enfermeiras Obstétricas. 4. Gênero e Saúde. 5. Origem Étnica e Saúde. 6. Classe Social. 7. Dissertação Acadêmica. I. Duarte, Elysângela Dittz. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 157

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 670 (SEISCENTOS E SETENTA) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA TAISSA DE PAULA GONÇALVES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 14 (quatorze) dias do mês de maio de dois mil vinte e um, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*NARRATIVAS DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NEGRAS: UM OLHAR SOBRE A INTERSECCIONALIDADE DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE NO CONTEXTO DE TRABALHO*", da aluna **Taissa de Paula Gonçalves**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Elysângela Dittz Duarte (orientadora), Kleyde Ventura de Souza e Ivis Emilia de Oliveira Souza, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVADA;

() REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

"ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NEGRAS: UM OLHAR SOBRE A INTERSECCIONALIDADE DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE NO CONTEXTO DE TRABALHO"

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andreia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 14 de maio de 2021.

Prof^a. Dr^a. Elysângela Dittz Duarte

Orientadora (EE/UFMG)

Prof^a. Dr^a. Kleyde Ventura de Souza

(EE/UFMG)

Prof^a. Dr^a. Ivis Emilia de Oliveira Souza

HOMOLOGADO em reunião do CPG
 Em 11/06/2021

(Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ)

Profª. Drª. Kênia Lara da Silva

(EE/UFMG)

Andreia Nogueira Delfino

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **TAISA DE PAULA GONÇALVES**.

As modificações foram as seguintes:

Em reunião privada, os membros Titulares da banca Profª. Kleyde Ventura de Souza e Profª. Ivis Emilia de Oliveira Souza, a primeira suplente Profª. Kenia Lara e Silva, sob a presidência de Profª. Elysangela Dittz Duarte, se reuniram para avaliação da dissertação.

Considerou-se que o relatório de pesquisa apresentado sob a forma escrita e a defesa pública apresentam qualidades que extrapolam uma dissertação de mestrado quanto a:

- i) problematização gerando ineditismo do conhecimento produzido,
- ii) ao referencial teórico que sustentaram a análise hermenêutica desenvolvida,
- iii) quanto aos procedimentos teóricos e metodológicos da etapa de campo bem como sua apresentação textual.

Portanto, a banca recomenda seja considerado pelos membros do Colegiado de Pós-Graduação, a menção "APROVADO COM LOUVOR".

NOMES

ASSINATURAS

Profª. Drª. Elysângela Dittz Duarte

Profª. Drª. Kleyde Ventura de Souza

Profª. Drª. Ivis Emilia de Oliveira Souza

Profª. Drª. Kênia Lara da Silva

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 04.06.2021



Documento assinado eletronicamente por **Kenia Lara da Silva, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 21/05/2021, às 08:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Elysangela Dittz Duarte, Chefe de departamento**, em 21/05/2021, às 13:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Kleyde Ventura de Souza, Professora do Magistério Superior**, em 25/05/2021, às 14:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Ivis Emília de Oliveira Souza, Usuário Externo**, em 11/06/2021, às 14:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 11/06/2021, às 14:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0738802** e o código CRC **286C3957**.

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 07.06.2021

Dedico este estudo a todas as poderosíssimas mulheres negras que, dia após dia, precisam enfrentar, cada uma a seu modo, os obstáculos que as atingem com alarmante e desigual intensidade, para manterem sua identidade e vozes vivas. Em especial, às 25 mulheres negras participantes deste estudo, que deram vida à pesquisa com tamanha riqueza e força.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a *Deus*, pela inspiração e força para dar vida a este trabalho.

À minha mãe e meu pai, *Marise* e *Eduardo*, pelo amor, respeito, apoio e confiança em minhas decisões e na caminhada que eu escolhi percorrer na vida pessoal, acadêmica e profissional e por toda dedicação em me ajudar nesse percurso. Sempre com uma palavra positiva de força e de incentivo!

Ao meu irmão *Tulio*, que, por 28 anos em vida, tanto me ensinou e me incentivou a seguir em frente. Como ele dizia para mim: "*Rise and shine!*" ("Levante-se e brilhe!").

Ao meu Amor, *Gleyzer*, pelo apoio, paciência e por estar sempre disposto a me ouvir e compartilhar comigo suas vivências e conhecimento, me incentivando a olhar para mim e me fortalecer.

Aos meus *familiares*, pelas palavras de incentivo e pela torcida pelo sucesso na minha caminhada.

Às minhas *amigas*, em especial *Débora*, *Luana*, *Kelly*, *Walkiria*, *Laís* e *Giuliana*. Só elas sabem o quão desafiador foi este momento em minha vida. Elas foram fundamentais para me ajudarem, primeiramente, a me inscrever para o processo de seleção do mestrado, me fortalecer e seguir no processo.

À minha orientadora, *Elysângela Dittz*, pela empatia, apoio, companheirismo e confiança em mim e na minha pesquisa. Agradeço pela oportunidade de estarmos juntas desde a graduação, residência em Enfermagem Obstétrica, e nessa trajetória pela pesquisa científica e pelo meu autoconhecimento. Por me incentivar a colocar minha identidade neste trabalho e enxergar o mestrado para além do ambiente acadêmico, mas como uma pesquisa sobre minha própria vida e a vida de tantas mulheres.

À professora *Kleyde Ventura*, por ser para mim um grande exemplo de Enfermeira/Enfermeira Obstétrica/Enfermeira Obstétrica negra, pela oportunidade em trabalharmos juntas durante a residência e como apoio técnico do CEEO II. Por todo o aprendizado de vida, academia e profissão.

A todas as *mulheres negras participantes desta pesquisa*, que compartilharam suas histórias, sentimentos e enfrentamentos diários na vida e no cotidiano de trabalho. Por aceitarem rememorar momentos difíceis, por vezes dolorosos, mas, em geral, demonstrando sua força e resistência.

Aos *colegas da Escola de Enfermagem da UFMG*, por todos os anos de convívio e aprendizado.

Às *minhas amigas e colegas do Hospital Risoleta Neves*, onde atuo como Enfermeira Obstétrica, pelo apoio e incentivo em seguir.

“As histórias foram usadas para espoliar e caluniar, mas também podem ser usadas para empoderar e humanizar”.

(CHIMAMANDA NGOZI ADICHIE, 2019)

RESUMO

Objetivo: Analisar, sob a perspectiva de Enfermeiras Obstétricas negras, a interseccionalidade de gênero, raça e classe no seu contexto de trabalho. **Percursos Metodológico:** Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, norteado pela Teoria da Interseccionalidade, de Kimberlé Crenshaw (1989). Realizaram-se entrevistas individuais, por meio virtual, de março a julho de 2020. Participaram 25 Enfermeiras Obstétricas negras, formadas pelo Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha (CEE0 II), realizado em 20 IFES, sob coordenação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como coordenação geral. Realizou-se a análise hermenêutico-dialética das narrativas, com suporte do *Software* MAXQDA 20 para armazenamento, organização e codificação dos dados. **Resultados:** A análise das narrativas das Enfermeiras Obstétricas negras permitiu construir três categorias: i) Invisibilidade da Interseccionalidade: percebiam uma forma de opressão, que foram Classe socioeconômica (12), Classe profissional (11), Gênero (06), Raça (03), Etnia (02), Orientação sexual (01), Competência profissional (23), Caráter profissional (01), Ser usuária de drogas (01), Ser portadora de visão monocular (01). ii) Desigualdades interseccionais: duas ou mais formas de opressão associadas, como classe socioeconômica e raça (04); gênero e raça (02); gênero e classe profissional (01); idade e vítima de violência (01); e usuária de drogas e classe socioeconômica (01). iii) Naturalização das desigualdades – não percebiam ou tinham dúvida se era uma situação de desigualdade. Sentimentos como tristeza, incômodo, indignação, vergonha, dor, desmotivação, solidão, cansaço, desvalorização, “ter que pisar em ovos” e “parecer estar ocupando um lugar que não é seu” foram citados quando relacionados à vivência das situações de desigualdades em si e por presenciarem outras pessoas na situação de oprimidas. Sentimentos como empatia, respeito, determinação, paciência e fortalecimento estavam relacionados à necessidade identificada pelas participantes de enfrentar e combater situações de opressão ou apoiar pessoa oprimidas. Essas situações de desigualdade foram enfrentadas por meio de diálogo/confronto, silenciamento, a auto-reflexão e a criação e fortalecimento de redes de apoio. As consequências das desigualdades foram a invisibilidade, comprometimento da saúde mental e de sua atuação como Enfermeira Obstétrica, afronta aos direitos humanos das mulheres, resistência e enfrentamentos para (re)existir. Os apontamentos para enfrentamentos, para além do ambiente de trabalho foram: investimento em políticas públicas para melhoria do pré-natal; educação da sociedade em geral e formação profissional e no trabalho para o reconhecimento e enfrentamento das desigualdades. **Considerações Finais:** A Teoria da Interseccionalidade contribuiu para a compreensão da intersecção de gênero, raça e classe no contexto de trabalho de Enfermeiras Obstétricas negras, além de outras formas de opressão. Este estudo poderá subsidiar discussões sobre a temática, a fim de criar espaço no trabalho para uma convivência que reconheça as desigualdades, mas que elabore e implemente estratégias de enfrentamento e combate à sua reprodução no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Interseccionalidade; Mulheres; Enfermeiras Obstétricas; Gênero e Saúde; Origem Étnica e Saúde; Classe Social.

ABSTRACT

Objective: To analyze, from the perspective of black midwives, the intersectionality of gender, race, and class in their work context. **Methods:** Exploratory study, with a qualitative approach, guided by the Theory of Intersectionality, by Kimberlé Crenshaw (1989). Individual interviews were conducted online from March to July 2020. 25 black midwives participated, all of whom graduated from the Specialization Course in Midwifery - Rede Cegonha (CEE0 II), held at 20 federal educational institutes (IFES), coordinated by the Nursing School of Federal University of Minas Gerais, in Brazil. Hermeneutic-dialectic analysis of the narratives was carried out, with support from the MAXQDA 20 Software for data storage, organization, and coding. **Results:** The analysis of the black midwives' narratives allowed the construction of three empirical categories: i) Invisibility of Intersectionality: they perceived a form of oppression regarding Socioeconomic class (12), Professional class (11), Gender (06), Race (03), Ethnicity (02), Sexual orientation (01), Professional competence (23), Professional character (01), Being a drug user (01), Having a monocular view (01). ii) Intersectional inequalities: two or more associated forms of oppression, such as socioeconomic class and race (04); gender and race (02); gender and professional class (01); age and victim of violence (01); and drug user and socioeconomic class (01). iii) Naturalization of inequalities - did not realize or doubted whether it would be a situation of inequality or not. These inequality situations were addressed through dialogue / confrontation, silencing, self-reflection, and the creation and strengthening of support networks. The consequences of inequalities were invisibility, implications for their mental health and their performance as midwives, affront to the women's human rights, resistance, and confrontations to (re)exist. **Conclusions:** The Theory of Intersectionality contributed to the understanding of the intersection of gender, race, and class in the context of the work of black midwives, in addition to other forms of oppression. This study can support discussions on the theme, in order to create space at work for a coexistence that recognizes inequalities, but that elaborates and implements strategies for coping and fighting their reproduction in the work environment.

Keywords: Intersectionality; Women; Midwives; Gender and Health; Ethnic origin and Health; Social class.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Desenho esquemático da dinâmica da Interseccionalidade proposta por Kimberlé Crenshaw (2012)	31
Figura 2: Mapa do CEEO II/Rede Cegonha	43
Figura 3: Triângulo de referência para articulação de projetos políticos pedagógicos: Formação Trabalho e Avaliação	44
Figura 4: Roteiro semiestruturado com as perguntas norteadoras das entrevistas..	52
Figura 5: As seis etapas da análise temática	57
Figura 6: Desenho esquemático do setor onde M1 atua	70
Figura 7: Desenho esquemático do setor onde M2 atua	78
Figura 8: Desenho esquemático do setor onde M3 atua	81
Figura 9: Desenho esquemático do setor onde M4 atua	85
Figura 10: Desenho esquemático do setor onde M5 atua	92
Figura 11: Desenho esquemático dos setores onde M6 atua	100
Figura 12: Desenho esquemático do setor onde M7 atua (Maternidade 1 e 2)	107
Figura 13: Desenho esquemático do setor onde M8 atua (Maternidade 1 e 2)	112
Figura 14: Desenho esquemático do setor onde M9 atua	121
Figura 15: Desenho esquemático do setor onde M10 atua	124
Figura 16: Desenho esquemático do setor onde M11 atua	130
Figura 17: Desenho esquemático do setor onde M12 atua (Hospital 1)	134
Figura 18: Desenho esquemático do setor onde M13 atua	136
Figura 19: Desenho esquemático do setor onde M14 atua	139
Figura 20: Desenho esquemático do setor onde M15 atua	145
Figura 21: Desenho esquemático do setor onde M16 atua (Hospitais 1 e 2)	155
Figura 22: Desenho esquemático do setor onde M17 atua	164
Figura 23: Desenho esquemático do setor onde M18 atua	167
Figura 24: Desenho esquemático do setor onde M19 atua	171
Figura 25: Desenho esquemático do setor onde M20 atua	176
Figura 26: Desenho esquemático do setor onde M21 atua	182
Figura 27: Desenho esquemático do setor onde M22 atua	191
Figura 28: Desenho esquemático do setor onde M23 atua	194
Figura 29: Desenho esquemático do setor onde M24 atua	197
Figura 30: Desenho esquemático do setor onde M25 atua	199
Figura 31: Invisibilidade da Interseccionalidade das desigualdades: formas de opressão citadas pelas participantes	203
Figura 32: Desigualdades Interseccionais: duas formas de opressão	218
Figura 33: Desigualdades Interseccionais: três formas de opressão	218
Figura 34: Desigualdades Interseccionais: quatro ou mais formas de opressão.....	219
Figura 35: Estratégias de enfrentamento das situações de desigualdades	256
Figura 36: Consequências das desigualdades e da interseccionalidade das desigualdades	250

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO- Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetizes
ANTRA- Associação Nacional de Travestis e Transexuais
CEEQ- Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica
CLAP- Centro Latino-Americano de Perinatologia
COFEN- Conselho Federal de Enfermagem
COBEON- Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal
COREQ- Check list dos Critérios Consolidados para Relatos de Pesquisa Qualitativa
CPN- Centro de Parto Normal
DSTs- Doenças Sexualmente Transmissíveis
EEUFMG- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz
HIV/AIDS- Vírus da Imunodeficiência Humana/
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFES- Instituição Federal de Ensino Superior
INFOPEN- Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
MS- Ministério da Saúde
ODM- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SEPPIR- Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAL-A- Universidade Federal de Alagoas-Arapiraca
UFAL-M- Universidade Federal de Alagoas-Maceió
UFAM- Universidade Federal de Amazonas
UFC- Universidade Federal do Ceará
UFES- Universidade Federal do Espírito Santo
UFMA- Universidade Federal do Maranhão
UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais
UFPA- Universidade Federal do Pará
UFPE- Universidade Federal de Pernambuco
UFPB- Universidade Federal de Paraíba
UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFU- Universidade Federal de Uberlândia
UFVJM- Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
UFT- Universidade Federal de Tocantins
UnB- Universidade Federal de Brasília

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
1. 1 Feminismos negros nos Estados Unidos e o contexto de surgimento do conceito de Interseccionalidade	27
1.2 O conceito de Interseccionalidade	29
1.3 Feminismos negros no Brasil e a Interseccionalidade	31
1.4 A Interseccionalidade e os Direitos Humanos das Mulheres.....	33
1.5 A Interseccionalidade e a Enfermagem.....	37
1.6 Contribuições da Interseccionalidade e do feminismo negro: produção de conhecimento, reconhecimento das desigualdades e resistência de mulheres negras	39
2 PERCURSO METODOLÓGICO	41
2.1 Tipo de Estudo	41
2.2 Cenário de investigação: O Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica/ Rede Cegonha – II.....	41
2.3 Participantes do estudo.....	45
2.4 Coleta de dados.....	51
2.5 Análise de dados.....	53
2.6 Crítérios e estratégias para garantir o rigor e a qualidade da pesquisa	61
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
3.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	66
3.2 Enfermeira Obstétrica Negra M1	69
3.2.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	69
3.2.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	70
3.3 Enfermeira Obstétrica Negra M2	77
3.3.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	77
3.3.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	78
3.4 Enfermeira Obstétrica Negra M3	80
3.4.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	80
3.4.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	81

3.5 Enfermeira Obstétrica Negra M4.....	83
3.5.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	85
3.5.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	85
3.6 Enfermeira Obstétrica Negra M5.....	90
3.6.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	90
3.6.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	93
3.7 Enfermeira Obstétrica Negra M6.....	98
3.7.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	98
3.7.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando ..	100
3.8 Enfermeira Obstétrica Negra M7.....	106
3.8.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	106
3.8.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando ..	108
3.9 Enfermeira Obstétrica Negra M8.....	110
3.9.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	110
3.9.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	112
3.10 Enfermeira Obstétrica Negra M9.....	120
3.10.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	120
3.10.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	121
3.11 Enfermeira Obstétrica Negra M10	123
3.11.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	123
3.11.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	124
3.12 Enfermeira Obstétrica Negra M11	128
3.12.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	128
3.12.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	130
3.13 Enfermeira Obstétrica Negra M12.....	133
3.13.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	133
3.13.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	134
3.14 Enfermeira Obstétrica Negra M13.....	135
3.14.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	135
3.14.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	137
3.15 Enfermeira Obstétrica Negra M14.....	139
3.15.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	139

3.15.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	140
3.16 Enfermeira Obstétrica Negra M15.....	144
3.16.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	144
3.16.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	145
3.17 Enfermeira Obstétrica Negra M16.....	152
3.17.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	152
3.17.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	155
3.18 Enfermeira Obstétrica Negra M17.....	162
3.18.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	162
3.18.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	164
3.19 Enfermeira Obstétrica Negra M18.....	165
3.19.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	165
3.19.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	167
3.20 Enfermeira Obstétrica Negra M19.....	169
3.20.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	169
3.20.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	175
3.21 Enfermeira Obstétrica Negra M20.....	175
3.21.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	175
3.21.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	176
3.22 Enfermeira Obstétrica Negra M21	179
3.22.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	179
3.22.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	182
3.23 Enfermeira Obstétrica Negra M22.....	190
3.23.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	190
3.23.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	191
3.24 Enfermeira Obstétrica Negra M23.....	191
3.24.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	191
3.24.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	194
3.25 Enfermeira Obstétrica Negra M24.....	196
3.25.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	196
3.25.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando	197
3.26. Enfermeira Obstétrica Negra M25.....	200
3.26.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho	200

4.ANÁLISE HERMENÊUTICA.....	202
4.1 Situações de desigualdades: Reconhecendo, sentindo e enfrentando as desigualdades	202
4.1.2 Invisibilidade da Interseccionalidade das desigualdades	202
4.1.3 Desigualdades Interseccionais	217
4.1.4 Naturalização das desigualdades	233
4.2 Sentindo e enfrentando as situações de desigualdades	241
4.3 Consequências das desigualdades ou de sua interseccionalidade na atuação de Enfermeiras Obstétricas negras	259
4.3.1 Comprometimento da atuação como Enfermeira Obstétrica	259
4.3.2 Afronta aos direitos humanos das mulheres	265
4.3.3 Comprometimento da saúde mental	267
4.3.4 Invisibilidade.....	270
4.3.5 Resistência e enfrentamentos para (re)existir	271
CONSIDERAÇÕES FINAIS	274
REFERÊNCIAS.....	277
APÊNDICES	289

INTRODUÇÃO

Negras e negros compõem a maior parte da população brasileira (IBGE, 2020).¹ Em 2019, totalizavam 56,2% da população geral (IBGE, 2020). O Brasil é o segundo país em população negra depois da Nigéria e foi o último a abolir a escravidão, em 1888 (IBGE, 2010).

Ainda que o Brasil seja predominantemente negro, em termos quantitativos, e que seu nascimento e evolução tenham sido amparados pela escravidão negra (BENTO², 2002), **a população negra é ainda caracterizada como minoria** (CHAVES, 1970). Minoria no sentido de comporem um grupo de pessoas que, de algum modo, encontra-se numa situação de dependência ou desvantagem em relação a outro grupo, no caso, a população branca (CHAVES, 1970).

Assim, as pessoas partem de lugares sociais diferentes e experienciam gênero, raça e/ou classe de formas diferentes (COLLINS, 1997). Ao falar de pontos de partida, tem-se um debate estrutural: a discussão não se restringe às experiências de indivíduos; ela se amplia para as condições sociais que permitem ou não que esses grupos acessem lugares de cidadania (COLLINS, 1997). Portanto, é necessário entender as categorias, no caso, raça, gênero e classe como elementos da estrutura social que se constituem como dispositivos para favorecer as desigualdades e criar grupos segregadores (COLLINS, 1997). A experiência desses grupos localizados socialmente, de forma hierarquizada e não humanizada, faz com que as produções intelectuais, saberes e vozes sejam tratados de modo igualmente subalternizados, além das condições sociais os manterem num lugar silenciado estruturalmente (COLLINS, 1997).

O modelo valorizado e universal de ciência é branco. Quem tem o privilégio social, tem também o privilégio epistêmico (GONZALEZ, 1984). Segundo Grada Kilomba³ (2012), epistemologia é a ciência da aquisição de conhecimento, que determina quais temas merecem atenção de serem investigados; a partir de qual perspectiva o conhecimento verdadeiro pode ser produzido; e quais métodos podem ser usados para a produção do conhecimento confiável e

¹Na introdução, os trechos em negrito foram assim apresentados de forma proposital pela autora desta pesquisa, a fim de enfatizar as afirmações feitas.

²*Bento*: Psicologia (Doutora). Direitos humanos. Docência.

³*Kilomba*: Psicologia. Docência. Teórica. Escritora. Artista.

verdadeiro. Nesse sentido, Lélia Gonzalez (1984) afirma que a consequência dessa hierarquização de saberes legitimou a explicação epistemológica eurocêntrica como superior, estruturando-a como dominante e tornando invisíveis outras experiências do conhecimento. Segundo Gonzalez (1984), o racismo se constituiu como a “ciência” da superioridade eurocristã (branca e patriarcal).

Nesse contexto, é evidente que o Brasil ainda está muito longe de se tornar uma democracia racial (BENTO, 2002; IBGE, 2018). Comparados à população branca, negros e negras são mais atingidos pelo desemprego e ocupações informais. Também recebem salários menores, independentemente do seu nível de instrução; Ocupam menos cargos gerenciais e políticos; Apresentam piores condições de moradia, maior taxa de analfabetismo e abandono escolar e menor nível de escolaridade; Vivenciam mais experiências violentas e são mais assassinados, principalmente os jovens negros (IBGE, 2018).

No que se refere às mulheres negras, elas têm sido discriminadas por serem mulheres e também por sua raça (MARCONDES⁴ et al, 2013). Representam mais de 25% da população total brasileira e são submetidas, dentre outras, às discriminações de gênero, raça e classe (IBGE, 2019; DIEESE, 2005; SANTOS, 2009). Quando comparadas às mulheres brancas, são mais pobres, têm altas taxas de desemprego e, quando trabalham, estão em situações mais precárias, com menores salários (IBGE, 2019; DIEESE, 2005; SANTOS, 2009).

Mulheres negras estão em maior número entre as presidiárias brasileiras (GELEDÉS, 2015). As gestantes negras têm maior risco de pré-natal inadequado, são menos informadas sobre gestação e parto e recebem menos anestesia na realização de episiotomia no parto (LEAL⁵ et al, 2017). As mulheres jovens, negras e de classes populares são as mais atingidas pelo aborto clandestino (DINIZ⁶; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; GOES⁷, 2020). Por sua vez, as mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de

⁴Marcondes: Administração Pública e Gestão Social (Doutora). Direito. Política Social. Docência.

⁵Leal: Saúde (médica). Doutora em Saúde Pública. Docência. Pesquisa.

⁶Diniz: Direito. Docência. Pesquisa.

⁷Goes: Saúde (enfermeira). Docência. Pesquisa. Pós-Doutora pela CIDACS/Fiocruz (Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde). Experiência na área de Desigualdades no acesso aos serviços de Saúde, Direitos Reprodutivos, Racismo, e Saúde, Informação em Saúde.

drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento, estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro (DINIZ⁸ et al, 2015).

Pensando no contexto do trabalho, é comprovado que os espaços de maior poder ainda são ocupados, predominantemente, pelos homens (SANTOS; DIOGO; SHUCMAN⁹, 2014). Mesmo com o aumento no número de mulheres na população brasileira, de sua maior presença no mercado de trabalho e da maior taxa de escolaridade, quando comparadas aos homens (SANTOS; DIOGO; SHUCMAN, 2014), em geral, as mulheres são segregadas no ambiente laboral, recebem salários inferiores aos homens e têm dupla jornada de trabalho – dentro e fora de seus domicílios (MELO¹⁰; MONTOYA, 2016).

Dessa forma, o mundo do trabalho tende a reproduzir as iniquidades existentes na sociedade, podendo até mesmo encorajá-las (ALENCAR, 2015). A falta de representatividade de mulheres e negros em cargos hierarquicamente elevados nas organizações é uma afronta aos direitos humanos e ao direito ao tratamento igualitário, contribuindo para a manutenção desse cenário de desigualdade (ALENCAR, 2015).

Racismo e sexismo criam um cenário em que grupos não-dominantes – mulheres negras – parecem ocupar territórios considerados pertencentes a outros (ANJOS, 2004). Para Grada Kilomba (2012), a mulher negra é o Outro do Outro. Em debate sobre o racismo, o sujeito é o homem negro; sobre gênero, o sujeito é a mulher branca; e sobre classe, raça não tem lugar. Para Kilomba (2012), a mulher negra ocupa um lugar muito difícil em uma sociedade supremacista branca, representando uma espécie de antítese de branquitude e de masculinidade.

Observa-se que os mecanismos de seleção que determinam a participação dos trabalhadores nas instituições não são neutros, nem orientados apenas pelo mérito (SEPPIR, 2013). Eles apresentam, como pano de fundo, dinâmicas sociais discriminatórias que são reproduzidas nos espaços de poder (SEPPIR, 2013). Nesse sentido, a dificuldade de inserção no trabalho, considerando tais discriminações, atua negativamente na identidade da mulher

⁸*Diniz*: Saúde (médica). Docência. Pesquisa. Pós-doutora em Saúde Materno-Infantil.

⁹*Santos; Diogo; Shucman*: Psicologia. Docência (Doutoranda/ Doutora/ Pós-doutoranda em Psicologia; respectivamente).

¹⁰*Melo*: Psicologia. Pós-Graduada em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça.

negra trabalhadora, comprometendo a forma como ela representa o mundo, representa a si própria no mundo e atua sobre ele (SANTOS¹¹, 2011).

Nesse contexto, medidas voltadas somente a superar as desigualdades raciais ou somente as desigualdades de gênero não são eficazes para promover a cidadania plena das mulheres negras (SEPPIR, 2013). Necessita-se considerar que, assim como as mulheres estão sujeitas à discriminação de gênero, outros fatores que dizem respeito às suas identidades sociais, como raça e classe interferem na forma como cada mulher vivencia a discriminação (CRENSHAW, 2002). Dessa forma, mudanças institucionais devem ocorrer para a inclusão dos grupos historicamente excluídos, a fim de eliminar os vieses que favorecem homens brancos (SEPPIR, 2013) e que continuam a excluir as mulheres negras.

Para melhor compreensão da relação destes diferentes fatores, utilizou-se para a fundamentação desta investigação a Teoria da Interseccionalidade, desenvolvida por Kimberlé Crenshaw. Essa teoria busca compreender a forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros eixos de poder criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, entender a forma como ações e políticas específicas geram opressões ao longo desses eixos, constituindo aspectos do desempoderamento¹² do indivíduo (CRENSHAW, 2002).

Gênero, raça e classe compõem a tríade deste estudo para trabalhar com as desigualdades envolvendo mulheres negras. Essa escolha foi baseada em estudos de escritoras feministas norte-americanas e brasileiras sobre tais questões, entre elas: bell hooks, Kimberlé Crenshaw, Patricia Hill Collins, Ângela Davis, Lélia Gonzalez, Sueli Carneiro e Luíza Bairros são exemplos desses importantes expoentes dos estudos que estabeleceram a interseccionalidade de raça, gênero e classe como um elemento fundamental que diferencia as inúmeras trajetórias das mulheres (MORAES; SILVA¹³, 2017).

¹¹ Santos: Mestranda em Psicologia.

¹² Inspirada em Paulo Freire, bell hooks, Patrícia Collins, Ângela Davis e Srilatha Batliwala entendem o empoderamento como a aliança entre conscientizar-se criticamente e se transformar na prática. Caracteriza-se como um trabalho essencialmente político. Quando questionados os modelos de poder, entende-se que não é possível empoderar alguém. Empoderamos a nós mesmos e amparamos outros indivíduos em seus processos, conscientes de que a conclusão apenas se dará pela simbiose do processo individual com o coletivo (BERTH, 2019).

¹³ Moraes; Silva: Doutoranda em Educação. Docência/ Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Docência; respectivamente.

A escolha por associar tais categorias com o contexto de trabalho foi motivada pela minha vivência como mulher negra. Diante desse contexto de desigualdades, que colocam a mulher negra em um lugar social diferente das demais, marcado pela marginalização social e destituição de direitos, concluí sobre a necessidade de utilizar do meu lugar e do lugar de fala das participantes deste estudo, enquanto mulheres negras. Percebeu-se a importância de dar espaço a outras narrativas, além do conhecimento dominante e eurocêntrico, partindo também de quem é acometida pelas desigualdades. Além disso, necessita-se dar visibilidade à luta histórica de mulheres negras para existirem, resistirem e reexistirem em meio a esse contexto. Por esses motivos, também optei por apresentar um pouco sobre as escritoras e pesquisadoras negras, que compuseram este estudo e cujas produções me auxiliaram a dar forma à minha dissertação, fortalecendo minha problematização e justificativa para a realização da pesquisa, e contribuindo para as discussões sobre o feminismo negro e a ideia trazida pela Interseccionalidade.

Esta pesquisa cumpre a finalidade para além de um trabalho de dissertação. Representa também um registro da minha caminhada pela construção da minha identidade como mulher negra e uma forma de compartilhar e exaltar minha ancestralidade para além de uma visão de mulheres negras marcadas pelo sofrimento e passividade. Como também destacando os enfrentamentos e combate de tantas delas diante das desigualdades que as atingem de forma avassaladora e histórica.

Tive de experienciar desigualdades de gênero, raça e classe e suas intersecções e de obter relatos de colegas de trabalho que também vivenciaram. Essa realidade despertou minha atenção e interesse em investigar questões como: *Somos tratadas de forma diferente por sermos mulheres? Ou por sermos negras? Ou por sermos mulheres negras? Ou somente pelo fato de sermos Enfermeiras Obstétricas? Será que somos tratadas de forma desigual por sermos mulheres, negras e Enfermeiras Obstétricas?*

A partir de então, atentei-me a observar o pequeno número de Enfermeiras Obstétricas negras atuantes no cenário de parto e nascimento. *Como eu, como mulher negra, comecei a me atentar para as situações de desigualdade de gênero, raça e classe mais especificamente quando entrei no mercado de trabalho? Por que antes eu achava que aconteciam algumas situações*

estranhas e chegava a pensar em serem motivadas pela minha cor da minha pele, mas não tinha certeza? Por que sentia que era “coisa” da minha cabeça?

Dessa forma, esta pesquisa associa as questões de gênero, raça e classe social à questão de classe profissional – Enfermeira Obstétrica. Pensando na Enfermagem, essa é uma profissão essencialmente composta por mulheres, sendo a maioria negra (BRASIL, 2017). Pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2013, revelou que, de 1.804.535 profissionais da Enfermagem, 85,1% eram mulheres, 53% negros, 23% enfermeiros e 77% técnicos e auxiliares de Enfermagem. Constatou-se que 57,4% eram trabalhadoras negras no nível médio, sob o comando de 57,9% de enfermeiras brancas (MACHADO¹⁴, 2017), o que confirma a manutenção das desigualdades que relacionam gênero, raça e classe. Quando os enfermeiros foram questionados se sofreram discriminação no trabalho, 11,7% sofreram e 4,8% disseram que “às vezes”, sendo mais presente a discriminação por gênero, raça e peso/obesidade.

As Enfermeiras Obstétricas, especificamente, foram escolhidas, pois além das desigualdades de gênero, raça e classe que fazem parte da realidade da Enfermagem, elas necessitam também enfrentar o desafio de atuar para a mudança de modelo da atenção obstétrica e neonatal que é, predominantemente, médico-centrado, intervencionista e fragmentado (RENFREW¹⁵ et al., 2014). São consideradas líderes de um modelo colaborativo de cuidado à saúde, associado à diminuição da mortalidade materna e neonatal e à melhoria na qualidade do cuidado (CLAP, 2014; RENFREW et al., 2014).

Nesse contexto, percebeu-se a necessidade de estudos que abordem a interseccionalidade no contexto de trabalho de Enfermeiras Obstétricas negras. O estudo desenvolvido por Silva & Menezes (2020) investigou o uso da interseccionalidade na produção científica brasileira em dissertações, teses e artigos produzidos em diferentes Instituições do Brasil até o ano de 2018. Nesse estudo, revelou-se uma predominância da temática na área da Educação, seguida pela Psicologia e da Sociologia em teses e dissertações; e na área da Sociologia, seguida pela Educação e Estudos sobre a Mulher em artigos.

¹⁴ Machado: Ciências Sociais. Docência. Pesquisa. Doutora em Sociologia.

¹⁵ Renfrew: Saúde. Pesquisa.

Além disso, um conjunto dos estudos que abordavam sobre gênero, raça, classe e trabalho não apresentaram discussões sobre a interseccionalidade entre gênero, raça e classe, analisando-os separadamente ou um em detrimento do outro (ALENCAR, 2015; BENTO, 2002; MELO; MONTOYA, 2016; CHERON; MELLO,¹⁶ 2016; SANTOS, 2009; LAMEIRÃO¹⁷, 2002; KON¹⁸, 2013). Verificou-se a discussão sobre a falta de representatividade de mulheres e negros em cargos hierárquicos mais elevados nas organizações como uma afronta aos direitos humanos (ALENCAR, 2015), mas, de forma que gênero e raça foram analisados separadamente. Foi possível inferir que, quando o autor aborda gênero, ele se refere às diferenças entre homens e mulheres, e quanto aborda a raça, se refere aos homens negros, não interseccionando gênero e raça para as mulheres negras.

Verificou-se, também, o enfoque na descrição histórica do branqueamento e branquitude no Brasil, discutindo sobre o racismo e o legado da escravidão (BENTO, 2002). Foi abordada também a discussão sobre a dificuldade de inserção das mulheres negras no trabalho e de adequação pessoal e profissional às exigências do mercado de trabalho, com exemplificação de indicadores de desigualdades entre brancas e negras, como desemprego, escolaridade e rendimento salarial (MELO; MONTOYA, 2016; CHERON; MELO, 2016; SANTOS, 2009; LAMEIRÃO, 2002); e, ainda, relacionando tais desigualdades com o contexto de crise econômica e financeira mundial (KON, 2013).

Assim, há necessidade de avanço na produção do conhecimento, no sentido de investigar a interseccionalidade de gênero, raça e classe no contexto de trabalho de Enfermeiras Obstétricas negras. É importante que as pesquisas levem em consideração a Enfermagem, como maior categoria profissional do campo da saúde no Brasil (MACHADO, 2017), indo para além dos estudos na área da Psicologia e Sociologia e das pesquisas que analisam a perspectiva de gênero isolada da perspectiva de raça e classe.

Dessa forma, este estudo gênero, raça e classe interferem no cotidiano de trabalho de Enfermeiras Obstétricas negras, comprometendo uma atuação autônoma e o desenvolvimento de suas competências no cuidado às mulheres,

¹⁶Cheron; Mello: Doutora em Ciência Política. Docência. Pesquisa/ Filosofia. Mestra em Direito; respectivamente.

¹⁷Lameirão: Mestranda em Ciência Política.

¹⁸Kon: Doutora em Teoria Econômica. Docência. Pesquisa.

bebês e famílias. **A pergunta norteadora desta pesquisa é “Qual a influência de gênero, raça e classe no contexto de trabalho de Enfermeiras Obstétricas negras a partir da perspectiva delas?”.**

E como enfrentar os problemas que essas mulheres vivenciam? Entende-se que, diante das dificuldades, a pessoa pode utilizar diferentes estratégias de enfrentamento, indo diretamente à causa do problema ou evitando-o; podendo manter-se ou sair do papel de vitimização para protagonista no embate à situação estressora, dependendo da forma como lida com tal situação (LAZARUS E FOLKMAN, 1984; HALL; EVERETT¹⁹; HAMILTON-MASON, 2012).

Entende-se a importância de uma formação da sociedade com relação à consciência de classe, de gênero e de raça (MORAES & SILVA, 2017) e a compreensão de que todos têm seu lugar de fala (RIBEIRO²⁰, 2019). Segundo Rosane Borges, pensar lugar de fala é uma postura ética, já que, a partir do momento que se reconhece o lugar de onde se fala, é possível pensar nas hierarquias e nas questões de desigualdade. Assim, é preciso que essa consciência atinja a sociedade como um todo: gêneros, raças, etnias, classes, dentre várias outras diversidades de identidades.

Com este estudo, será possível auxiliar na compreensão da influência de gênero, raça e classe no contexto de trabalho de Enfermeiras Obstétricas negras; os eixos de poder envolvidos nas desigualdades dentro e fora do ambiente de trabalho, pois essa é uma extensão da vida em sociedade; as repercussões de tais situações para as participantes, seus colegas de trabalho e mulheres, bebês e famílias cuidadas por elas; e suas formas de enfrentamentos. Além disso, subsidiar discussões sobre desigualdades de gênero, raça e classe no trabalho, a fim de criar espaços para uma convivência que considere e respeite as diferenças, mas combata as desigualdades.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar, sob a perspectiva de Enfermeiras Obstétricas negras, a

¹⁹ Hall; Everett: Ciências Sociais e Humanas.

²⁰ Ribeiro: Mestra em Filosofia Política. Experiência em Direitos Humanos. Ativista no debate público sobre feminismo negro, com forte atuação nas redes sociais.

interseccionalidade de gênero, raça e classe em seus contextos de trabalho.

Objetivos Específicos

- Conhecer as desigualdades de gênero, raça e classe no contexto de trabalho de Enfermeiras Obstétricas negras;
- Analisar a percepção de Enfermeiras Obstétricas negras com relação às desigualdades de gênero, raça e classe em seus contextos de trabalho;
- Identificar as estratégias de enfrentamento das desigualdades de gênero, raça e classe pelas Enfermeiras Obstétricas negras em seus contextos de trabalho.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Feminismos negros nos Estados Unidos e o contexto de surgimento do conceito de Interseccionalidade

O Feminismo Negro surgiu nos Estados Unidos como um movimento político de mulheres ativistas, no debate de gênero e na luta antirracista. Seu objetivo era a transformação social a partir da compreensão de que o sexismo, a opressão de classes, a identidade de gênero e o racismo estão interligados. Como exemplos de ativistas e pesquisadoras afroamericanas negras, tem-se: Kimberlé Crenshaw, Audre Lorde²¹, bell hooks²², Patrícia Collins²³, Ângela Davis²⁴, Ida Wells²⁵ e Sojourner Truth²⁶, que trabalharam com a interseção das lutas abolicionistas e sufragistas (MORAES; SILVA, 2017).

Dessa forma, as experiências das mulheres negras nos Estados Unidos têm inspirado diversas mulheres negras ao redor do mundo, já que foram presença constante em vários momentos de luta dos povos negros naquele país, deixando seus legados (ASSIS²⁷, 2019).

²¹ *Audre Lorde*: Norte-americana (1934-1992). Escritora americana de descendência caribenha, feminista lésbica e ativista na luta pelos direitos humanos. Uma das precursoras do movimento feminista interseccional.

²² *bell hooks*: Norte-americana (1952): feminista, escritora, crítica cultural e ativista. Com intensa influência de Paulo Freire, defende a pluralidade dos feminismos e a prática pedagógica como um lugar fundamentalmente político e de resistência nas lutas antirracista e anticapitalista.

²³ *Patricia Collins*: Norte-americana (1948). Professora, escritora. Primeira presidenta negra da Associação Americana de Sociologia. Aborda raça, classe, gênero e sexualidade como sistemas de opressão que se retroalimentam. Trabalha com o pensamento feminista negro, suas estruturas interpretativas, abordagens epistemológicas e a política de empoderamento.

²⁴ *Ângela Davis*: Norte-americana (1944). Filósofa, professora, ativista. Filiou-se ao Partido Comunista dos Estados Unidos e aos Panteras Negras, grupo político e social de combate ao racismo. Foi presa, acusada de ser uma das mentoras da invasão ao plenário da Assembleia da Califórnia. Seu julgamento foi um dos mais emocionantes dos Estados Unidos, onde obteve a sentença de inocência diante da falta de provas do FBI. Além disso, houve um movimento internacional para sua libertação.

²⁵ *Ida Wells*: Norte-americana (1862-1931). Dedicou-se a acabar com as injustiças contra os afroamericanos. Viajou o país falando e escrevendo sobre questões de direitos civis, leis injustas, e crimes contra negros. Fundou várias organizações em benefício das mulheres e outras minorias.

²⁶ *Sojourner Truth*: Norte-americana (1797-1883). Ex-escrava, abolicionista e defensora dos direitos das mulheres. Não aprendeu a ler ou escrever e com a ajuda de um amigo, publicou sua vida e crenças em 1850, na "Narrativa de Sojourner Truth", que obteve reconhecimento nacional. Auxiliou vários escravos recém-libertados a estabelecer uma nova vida.

²⁷ *Assis*: Ciências do Estado. Mestre e doutoranda em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres e Feminismos pela Universidade Federal da Bahia.

Exemplo desse legado é o trecho do discurso de Sojourner Truth²⁸, que foi importante para inspirar o conceito de Interseccionalidade. Tal discurso foi feito por Sojourne Truth, na Convenção de Direitos das Mulheres, em Ohio, Estados Unidos, em 1851. Ela foi a única mulher negra a participar e a falar, mesmo sofrendo ataques dos supremacistas brancos e sendo convencida a não se pronunciar pelas líderes brancas. Sua fala foi feita após os clérigos presentes dizerem que as mulheres não deveriam ter os mesmos direitos dos homens, por serem frágeis, intelectualmente débeis, por Jesus ter sido um homem e porque a primeira mulher teria sido pecadora (ASSIS, 2019).

Aqueles homens ali dizem que as mulheres precisam de ajuda para subir em carruagens, e devem ser carregadas para atravessar valas, e que merecem o melhor lugar onde quer que estejam. Ninguém jamais me ajudou a subir em carruagens, ou a saltar sobre poças de lama, e nunca me ofereceram melhor lugar algum! E não sou uma mulher? Olhem para mim? Olhem para meus braços! Eu arei e plantei, e juntei a colheita nos celeiros, e homem algum poderia estar à minha frente. E não sou uma mulher? Eu poderia trabalhar tanto e comer tanto quanto qualquer homem – desde que eu tivesse oportunidade para isso – e suportar o açoite também! E não sou uma mulher? Eu pari treze filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher? (SOUJORNE TRUTH, 1851).

Os feminismos negros são movimentos sociais que começaram a questionar sobre a categoria mulher como uma unicidade. Dessa forma, juntamente com gênero, trabalharam, principalmente, a categoria raça para demonstrar as diferenças em ser uma mulher negra em uma sociedade sexista e racista (ASSIS, 2019).

Enquanto as pautas dos movimentos feministas hegemônicos – geralmente liderados e baseados nas experiências de mulheres brancas de classe média – refletiam suas expectativas e diziam respeito a todas as mulheres sem distinção, as pautas dos movimentos antirracistas tendiam a se basear nas experiências dos homens negros mais privilegiados (CRENSHAW, 1989; ASSIS, 2019). Com isso, havia a ideia da mulher como um sujeito único, desconsiderando suas experiências e lugares de fala na sociedade (ASSIS, 2019). Exemplo disso é a inserção das mulheres no mercado de trabalho: as mulheres negras, devido ao processo de

²⁸ O discurso foi proferido como uma intervenção na Women's Rights Convention em Akron, Ohio, Estados Unidos, em 1851. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth.>>. Acesso em: 4 abr. 2021.

escravização, já trabalhavam de forma forçada nas ruas, nos campos e empregos domésticos. Por isso, essa demanda fazia pouco sentido prático para elas e eram as mulheres brancas mais privilegiadas que tinham mais interesse nessa questão (ASSIS, 2019).

1.2 O conceito de Interseccionalidade

Nesse contexto, o conceito de interseccionalidade foi sistematizado, em 1989, por Kimberlé Crenshaw, feminista negra norte-americana e importante pesquisadora nas áreas dos direitos civis, teoria legal afro-americana e do feminismo (CRENSHAW, 2012):

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (CRENSHAW, 2002, p.177).

Assim, os elementos centrais para entender a interseccionalidade são:

- a) Propor seu uso como um aporte metodológico para se pensar nas múltiplas opressões e como elaborar estratégias para enfrentá-las (ASSIS, 2019; CRENSHAW, 2002);
- b) não estabelecer hierarquia ou apenas a somatória de opressões: é maior do que a soma do racismo e sexismo (ASSIS, 2019; CRENSHAW, 1989);
- c) considerar que o lugar de fala de cada indivíduo é multirreferenciado a partir de suas experiências (ASSIS, 2019).

Para construir o conceito de interseccionalidade, Crenshaw (2002) mostrou os perigos de não se considerar (invisibilidade interseccional) as situações em que a perspectiva de gênero não se permite olhar para outros marcadores sociais da desigualdade em que as mulheres se situam, e sendo a perspectiva somente da raça também não se visibiliza outras discriminações. Para isso, a autora utiliza dois

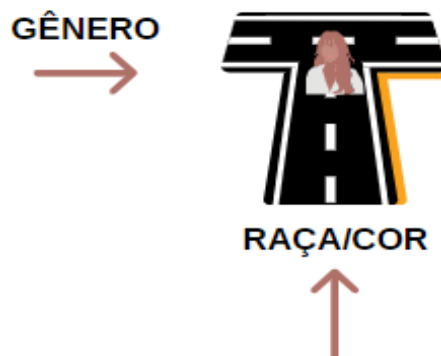
conceitos: **superinclusão** e **subinclusão**, que pretendem dar conta dessas invisibilidades (CRENSHAW, 2002; STELZER; KYRILLOS²⁹, 2020).

Na **superinclusão**, as discriminações sofridas pelas mulheres são vistas como um problema geral de todas as mulheres, ou seja, um problema de gênero. Porém, a realidade das mulheres negras demonstra que apenas gênero é insuficiente para oferecer respostas a essas questões. Já na **subinclusão**, as questões de algumas mulheres não são vistas como problema de gênero por não serem compartilhadas como problemas também das mulheres do grupo hegemônico (mulheres brancas). Dessa forma, o marcador gênero é desconsiderado (CRENSHAW, 2002; STELZER; KYRILLOS, 2020).

Kimberlé Crenshaw propõe uma analogia da dinâmica da interseccionalidade com as ruas, que seguem em direções diferentes – Norte-Sul, Leste-Oeste – e cruzam umas com as outras. Isso seriam os eixos da discriminação. Dessa forma, pode-se pensar na discriminação racial como uma rua que segue do Norte para o Sul; e na discriminação de gênero como uma rua que cruza a primeira na direção Leste-Oeste. Os carros que trafegam na interseção representam a discriminação ativa, ou seja, as políticas contemporâneas que excluem indivíduos em função de sua raça e de seu gênero. Se uma pessoa estiver no meio de uma interseção, ela provavelmente estará no meio dessas colisões (CRENSHAW, 2012). Assim, quanto mais formas de opressão a pessoa está exposta, como gênero, raça, classe, orientação sexual, identidade de gênero e outras, mais marginalizada socialmente e mais acometida ela será.

²⁹ *Stelzer; Kyrillos*: Pós-Doutora em Direito. Docência/ Pós-Doutora em Direito e Justiça Social. Pesquisas sobre Gênero, Direitos Humanos, Feminismo Interseccional e Direito Internacional Público; respectivamente.

Figura 1. Desenho esquemático da dinâmica da Interseccionalidade proposta por Kimberlé Crenshaw (2012)



Fonte: Imagem elaborada pela pesquisadora, adaptada de CRENSHAW (2012). Cada rua é um eixo da opressão (uma é de gênero e a outra é de raça/cor) e a mulher negra está na intersecção dos eixos, 2021.

1.3 Feminismos negros no Brasil e a Interseccionalidade

No Brasil, o feminismo negro tem sua base teórica nos estudos de feministas negras norte-americanas, como bell hooks, Patrícia Hill Collins, Kimberlé Crenshaw e Ângela Davis. Lélia González³⁰, professora e antropóloga brasileira, falecida em 1994, destacou-se por introduzir tais estudos no país (MORAES; SILVA, 2017).

O protagonismo histórico das mulheres negras no Brasil inicia-se desde a sua chegada forçada pela escravização e na tentativa por sobrevivência. Apenas recentemente tem se pautado o lugar dessas mulheres na história, mas é preciso destacar mulheres como Luiza Mahin³¹, Zeferina³², Maria Felipa³³, Dandara³⁴, Mãe

³⁰ *Gonzalez*: Brasileira (1935-1994). Grande referência teórica do Movimento Negro. Ativista e escritora. Graduada em História/Geografia e Filosofia. Uma das fundadoras do Movimento Negro Unificado (MNU).

³¹ *Luiza Mahin*: Teve importante papel na Revolta dos Malês, última grande revolta de escravos ocorrida na Capital baiana em 1835. Além de sua herança de luta, deixou-nos seu filho, Luiz Gama, poeta e abolicionista. Não se sabe se nasceu na África ou no Brasil, nem quando.

³² *Zeferina*: Na condição de escravizada, veio de Angola para Salvador, na primeira metade do século 19. Para Fundou o Quilombo do Urubu, em Salvador. Guerreira, fez resistência para sua proteção e de seu povo, e lutou contra as tropas policiais. Foi presa e morreu na prisão.

³³ *Maria Felipa*: Brasileira (? -1873). Conhecida por ter participado da Luta de Independência da Bahia em 1823. Não se sabe ao certo se era escrava, alforriada ou se nasceu livre. Destacou-se pela sensibilidade para organizar sua luta com as “armas da natureza” e o lugar especial que conquistou no coração da comunidade negra da Bahia.

³⁴ *Dandara*: Brasileira (?-1694). Foi rainha do Quilombo dos Palmares, fundado por volta do final do século XVI, por escravos fugidos dos engenhos de açúcar e o maior e mais duradouro quilombo implantado nas Américas. Não se contentava apenas com a resistência ao regime colonial português

Menininha do Gantois³⁵ e tantas outras que marcaram a história de resistência do povo negro no Brasil (ASSIS, 2019).

Em relação à construção de um movimento feminista negro no Brasil, destaca-se que a maioria das mulheres negras militava em instituições mistas dos movimentos negros ou em partidos políticos, abordando a questão da mulher. Em seguida, migrava para organizações exclusivas de mulheres negras, devido à impossibilidade do diálogo sobre as questões de gênero e raça, mesmo com as mulheres brancas (ASSIS, 2019).

Assim, o feminismo negro brasileiro surge no final de 1970, a partir de reivindicações de mulheres negras feministas contra a prática do movimento feminista hegemônico, que não incluía a questão racial nas pautas reivindicatórias. Para elas, o movimento feminista tradicional operava dentro da concepção do mito da democracia racial (MORAES; SILVA, 2017). O feminismo estava prisioneiro da visão eurocêntrica e universalizante das mulheres (MORAES; SILVA, 2017). A consequência disso foi a incapacidade de reconhecer as diferenças e as desigualdades presentes no universo feminino, a despeito da identidade biológica (MORAES; SILVA, 2017). Dessa forma, as vozes silenciadas e os corpos estigmatizados de mulheres vítimas de outras formas de opressão, além do sexismo, continuaram no silêncio e na invisibilidade (CARNEIRO, 2003).

Logo, o feminismo negro é caracterizado como um movimento social e político, protagonizado pelas mulheres negras, para visibilidade às suas reivindicações e direitos e para libertação de padrões patriarcais estereotipados de dominação e exploração racista e sexista da condição da mulher e do homem negro na sociedade (MORAES; SILVA, 2017). O principal eixo articulador do feminismo negro seria o racismo e seu impacto sobre as relações de gênero (CARNEIRO, 2003).

e aos ataques holandeses, propondo estratégias para ampliar o poder de Palmares e extinguir o trabalho escravo nas fazendas. Foi companheira de Zumbi dos Palmares.

³⁵*Mãe Menininha*: Brasileira (1894-1986). Descendente de escravos africanos. Símbolo da luta pela aceitação do candomblé pela cultura dominante. Convenceu os bispos baianos a permitirem a entrada de mulheres com as roupas tradicionais das religiões de matriz africana nas igrejas. Uma das principais articuladoras do término das restrições a cultos impostas em 1930, que condicionava a realização de rituais à autorização policial e limitava o horário de término dos rituais às 22 horas.

Nos anos 80, aparecem, de forma significativa, organizações de mulheres negras. Exemplos foram a Nzinga – Coletivo de Mulheres Negras (RJ, 1983), Coletivo de Mulheres Negras em Belo Horizonte - N'zinga (MG, 1986), Geledés (SP, 1988) e Grupo de Mulheres do Alto das Pombas (BA, 1988), entre muitas outras. Além desses espaços, destaca-se a *III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas*, em Durban, 2001 (ASSIS, 2019).

Nesse contexto, as perspectivas de análise que levam em conta as interações entre um ou mais marcadores sociais já se faziam presentes no pensamento de outras intelectuais negras, mesmo antes de Crenshaw. No Brasil, por exemplo, Lélia Gonzalez, Beatriz Nascimento³⁶, Neusa Santos Souza³⁷, Luiza Bairros³⁸ e Sueli Carneiro³⁹ não trabalharam com o conceito de interseccionalidade em si, mas com muitas premissas que vieram antes dele (ASSIS, 2019).

1.4 A Interseccionalidade e os Direitos Humanos das Mulheres

Pensando em Direitos Humanos das Mulheres, destaca-se a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* ou CEDAW), de 1979, conhecida como Convenção da Mulher. Está em vigor desde 1981 e foi o primeiro tratado internacional a dispor amplamente sobre os direitos humanos da mulher. Apresenta como propostas a promoção dos direitos da mulher

³⁶ *Beatriz Nascimento*: Brasileira (1942-1995). Estudiosa, pesquisadora, ativista e autora. Enunciou a discriminação de raça e de sexo que atinge as mulheres negras de vários ângulos e as marca de maneira específica no campo afetivo. E a despreocupação da academia brasileira com os temas vinculados à história da população negra, reduzidos aos genéricos estudos da escravidão.

³⁷ *Neusa Santos*: Brasileira (1948-2008). Era psicanalista lacaniana e escritora. Escreveu “Tornar-se Negro” (Graal, 1983), livro-referência sobre dificuldades emocionais de negros que rechaçam a própria imagem por indução racista de seus algozes históricos. Foi importante na luta contra discriminação racial.

³⁸ *Luiza Bairros*: Brasileira (1953-2016). Formada em Administração Pública de Empresas, iniciou sua militância política no movimento estudantil em plena ditadura militar no Brasil. Realizou pesquisas importantes para a compreensão das relações raciais e de gênero no mundo do trabalho na Bahia. Foi importante porta-voz do Movimento Negro brasileiro nos debates estadunidenses. Ministra-chefe da Secretária de Políticas de Promoção da Igualdade Racial do Brasil, de 2011 a 2015.

³⁹ *Sueli Carneiro*: Brasileira (1950). Filósofa, ativista e uma das principais autoras do feminismo negro no Brasil. Doutora em Educação pela Universidade de São Paulo (USP). Fundadora e atual diretora do Geledés – Instituto da Mulher Negra, responsável pelo único programa de orientação específico para mulheres negras na área da saúde. Criação de cursos de cidadania para mulheres de periferia e de políticas públicas para igualdade de gênero. Já recebeu os prêmios Bertha Lutz (2003), Benedito Galvão (2014), Direitos Humanos da República Francesa e Itaú Cultural (2017).

na busca pela igualdade de gênero e a repressão de discriminações contra a mulher nos Estados-parte, aqueles países que aderiram ao tratado (CEDAW, 1979).

O Brasil é um dos Estados-parte e confirmou sua participação em 1984 (BRASIL, 2010). Por isso, tem o dever de eliminar a discriminação contra a mulher, por meio de medidas legais, políticas e programáticas. Essas medidas devem estar ligadas a todas as esferas da vida e considerar a eliminação da discriminação contra a mulher por qualquer pessoa, organização, empresa e pelo próprio Estado (CEDAW, 1979).

Para o monitoramento dos avanços e dificuldades da implementação da Convenção pelos Estados-parte, tem-se um Comitê especializado da CEDAW. Tal Comitê recebe os relatórios dos Estados-parte, enviados de quatro em quatro anos, dando um retorno com as considerações, incluindo questionamentos e propostas de mudanças. A sociedade civil organizada, como ONGs e outras organizações de mulheres, também podem enviar um relatório alternativo ao Comitê, com o propósito de auxiliar suas tarefas de verificação (CEDAW, 1979; SANTOS⁴⁰; PEREIRA, 2017).

Além das definições da Convenção, em 2000, entrou em vigor o Protocolo Opcional, proposto pela CEDAW. Dessa maneira, permitia-se às mulheres que tiveram seus direitos violados e esgotado as possibilidades de recurso recorrerem às instâncias nacionais e ao Comitê (CEDAW, 1979; SANTOS; PEREIRA, 2017).

Pensando no conteúdo do documento da Convenção CEDAW e relacionando com a interseccionalidade e os direitos das mulheres, a categoria raça é citada apenas no seu preâmbulo; Não se encontram os termos interseccionalidade ou intersecção. Ao longo do seu texto, o que se pode identificar como mais próximo de considerar outras categorias para além do gênero são expressões como “Os Estados-Partes condenam a discriminação contra a mulher em todas as suas formas” (KYRILLOS, 2017).

No que se refere à participação do Brasil, no ano de 2002, o Estado brasileiro aderiu ao Protocolo Opcional da CEDAW e enviou o primeiro relatório ao Comitê. O primeiro deles, de 2002, corresponde aos anos de 1985, 1989, 1993, 1997 e 2001. O segundo relatório corresponde aos anos de 2001 a 2005, e o terceiro de 2006 a 2009. O Comitê respondeu a esses três relatórios, apontando como temas principais: tráfico humano e violência contra a mulher; acesso das mulheres a

⁴⁰ Santos: Mestra em Ciência Política.

direitos sociais básicos, como saúde e educação; e condições de trabalho e de acesso às oportunidades políticas e econômicas (SANTOS; PEREIRA, 2017).

Exemplos das recomendações do CEDAW para o Estado brasileiro são de aplicar medidas contra o tráfico, o que envolve implementar a Política Nacional de Combate ao Tráfico de Pessoas. Colocar em prática medidas para reduzir a vulnerabilidade das mulheres e meninas aos traficantes. Incrementar o sistema de coleta e análise regular de dados estatísticos para avaliar e acompanhar o impacto da Lei Maria da Penha. Melhorar a taxa de alfabetização de mulheres com mais de 15 anos e estabelecer meios para induzir uma mudança cultural relacionada à escolha da formação profissional. Além disso, o Comitê observa a existência de segregação profissional baseada em estereótipos de gênero, de raça e de etnia, além de diferenças salariais entre homens e mulheres. Recomenda-se que o Brasil promova a adoção de medidas legislativas para proteger as mulheres contra o assédio sexual no local de trabalho (SANTOS; PEREIRA, 2017).

Pensando no conteúdo do relatório brasileiro de 2002, é possível identificar a presença da palavra interseccionalidade, quando afirma que ela é marcante no acesso à igualdade, considerando as condições de classe, etnia, idade, escolaridade entre as mulheres, e que a vulnerabilidade às violações dos direitos humanos das mulheres atinge principalmente as mais pobres, criando obstáculos que devem ser superados para a realização do proposto pela CEDAW (2002).

Nota-se, dessa forma, uma preocupação com a maneira pela qual outras categorias interagem com o gênero, além do reconhecimento da importância desse elemento para a concretização da CEDAW. Porém, existe uma preocupação pontual: é a única menção ao termo interseccionalidade no documento e, no restante do relatório, a categoria raça/etnia aparece sem estar interconectada com outras categorias discriminatórias. Além disso, o documento não apresenta ações realizadas pelo Governo Federal Brasileiro na busca pela implementação da CEDAW, que considerou as intersecções entre as categorias de raça e gênero (KYRILLOS, 2017).

O segundo e o terceiro relatórios brasileiros têm em comum a ausência de termos como interseccionalidade ou intersecção. Ambos apresentam a abordagem de raça e gênero em estratégias, especialmente na área da educação, com a disponibilização de cursos de capacitação sobre gênero e raça e suas implicações nas salas de aula. Entretanto, não fica claro se realmente há uma articulação entre

tais categorias ou se elas são trabalhadas de forma separada, com análises excludentes (KYRILLOS, 2017).

Crenshaw (2002) compreende que, geralmente, as convenções de direitos humanos são interpretadas a partir da lógica de eixo-único de análise, por exemplo, considerando apenas a questão de gênero ou a questão racial. Porém, destaca-se que nelas há o potencial para se ampliar essa interpretação, não apenas elaborando novas declarações de direitos, mas rompendo os limites das interpretações e práticas existentes, que reduzem os direitos das vítimas de subordinação interseccional (CRENSHAW, 2002). Corroborando com Crenshaw (2002), Campbell (2015) destaca a necessidade do compromisso em considerar a discriminação interseccional – a fim de que todas as mulheres sejam consideradas e beneficiadas pelos princípios norteadores da CEDAW.

Ainda que os relatórios brasileiros reconheçam em seus conteúdos que raça e gênero interagem de forma que mulheres não-brancas são as mais prejudicadas pelas estruturas de discriminação na sociedade brasileira, não há estratégias e propostas de intervenções a partir da perspectiva interseccional. Apenas a presença da categoria raça ou etnia nos relatórios não garante que de fato estejam sendo construídas estratégias e diagnósticos interseccionais (KYRILLOS, 2017).

Por sua vez, nas recomendações enviadas ao Brasil pelo Comitê do CEDAW, após análise dos seus relatórios, é possível destacar a orientação do Comitê para a necessidade do Brasil em desenvolver programas de conscientização para enfrentar práticas de discriminação contra as mulheres no ambiente de trabalho e no processo educacional. Além disso, a discriminação contra mulheres que trabalham em profissões tradicionalmente atribuídas aos homens, sobretudo nas áreas tecnológicas, indica a necessidade de mudanças culturais que podem surgir com o tempo na sociedade (SANTOS; PEREIRA, 2017).

As discriminações de gênero interagem com outras categorias estruturais, como raça, produzindo processos de exclusão particulares que são barreiras no acesso a direitos humanos, sendo a interseccionalidade uma ferramenta com grande potencial para melhor compreender esses processos e minimizá-los (STELZER; KYRILLOS, 2020).

Como aponta Bunch (1990), quando o sexismo é:

(...) combinado com a raça, classe e outras formas de opressão, se

constitui uma negação mortal do direito das mulheres à vida e à liberdade em grande escala em todo o mundo” (BUNCH, 1990, p.489; tradução).

No Brasil, apesar dos avanços na legislação e nas políticas de combate à violência contra a mulher no período de 2003 a 2014, os dados são preocupantes e revelam as dificuldades do Estado brasileiro em colocar em prática as recomendações da CEDAW. Por exemplo, ainda persistem a alta taxa de violência doméstica contra a mulher, as disparidades no acesso à educação para meninas e mulheres, devido à raça, à etnia e à origem socioeconômica; e a baixa participação política das mulheres (SANTOS; PEREIRA, 2017).

Kyrillos (2017) apresenta como hipótese que uma das razões para não concretizar as propostas da Convenção é a ausência de uma perspectiva interseccional. Considerando que o Brasil é majoritariamente composto por pessoas negras e pardas e que possui uma significativa diversidade de povos indígenas, a ausência de uma perspectiva interseccional que inclua a categoria raça no texto da CEDAW tem consequência direta na invisibilidade das especificidades que afetam a vida das mulheres não-brancas.

Necessitam-se mudanças jurídicas e políticas, mas também culturais no que diz respeito à concretização dos direitos humanos das mulheres (SANTOS; PEREIRA, 2017). Dessa forma, destaca-se a importância da interseccionalidade para a construção de pesquisas críticas e estratégias mais eficazes para o acesso das mulheres aos direitos humanos, considerando que, no âmago da interseccionalidade está a busca por justiça social (KYRILLOS, 2017).

1.5 A Interseccionalidade e a Enfermagem

A profissionalização da Enfermagem é recente, ocorrendo no início do século XIX, ainda que as práticas de cuidar remontem ao início da história da humanidade. Florence Nightingale é conhecida como a fundadora da Enfermagem Moderna, pelo seu papel importante na profissionalização do cuidado, contribuindo para as mulheres saírem do ambiente doméstico para a do mundo do trabalho (BARREIRA⁴¹, 1999).

⁴¹ *Barreira*: Saúde (enfermeira). Docência. Pesquisa. Pós-doutora em Enfermagem. Experiência em Enfermagem e questões étnicas, religiosas e políticas.

A Enfermagem é um raro caso no mundo do trabalho em que o conhecimento abstrato e prático que forneceu as bases da profissão foi desenvolvido, predominantemente, pelas mulheres, reconhecidas como pioneiras e responsáveis pela sua criação e sistematização. Desde o início, foi uma profissão pensada sobre e para uma determinada concepção de feminino, em que se destacavam “amor” e “cuidado ao próximo” (LOMBARDI; CAMPOS⁴², 2018).

Dessa forma, a Enfermagem era vista como prática feminina, exercida ora de forma caritativa ou sacerdotal por mulheres religiosas, ora de forma inescrupulosa por mulheres imorais; como prática leiga ou de pouca qualificação educacional, que justificava a baixa remuneração; e como auxiliar à Medicina (COLLIÈRE⁴³, 1999). Além disso, entende-se que o alto grau de feminização em uma dada profissão tende a interferir negativamente em seu reconhecimento social (YANNOULAS⁴⁴, 2013; HIRATA; GUIMARÃES, ⁴⁵2012).

No Brasil, ainda que a maioria dos estudiosos e estudiosas da história da Enfermagem reconheça o papel histórico das mulheres pretas e pardas no desenvolvimento de trabalhos e saberes de cura e trato para os enfermos, a elas também foi negado espaço na profissão a partir de sua fase de profissionalização. De acordo com Campos et al. (2007), as representações estereotipadas sobre as mulheres negras não condiziam com o que se esperava construir na nova imagem da “enfermeira padrão”.

A construção ideológica de uma Enfermagem-padrão branca não impediu que mulheres negras permanecessem trabalhando na profissão, porém, sendo mais representadas nos escalões subalternos - técnicas e auxiliares de enfermagem - do que no topo da hierarquia - entre as Enfermeiras. Nesse contexto, relacionando com a interseccionalidade, o acesso à qualificação profissional está relacionado às

⁴² *Lombardi; Campos*: Doutora em Educação. Pesquisa/ Doutora em Sociologia; respectivamente.

⁴³ *Collière*: Enfermeira. Historiadora. Docência. Assistência social. Mestra em Ciências em Ensino de Enfermagem em Saúde Pública.

⁴⁴ *Yannoulas*: Ciências da Educação. Ciências Sociais. Doutora em Sociologia. Pós-Doutora em Educação. Docência. Pesquisa. Experiência em Sociologia do Trabalho e Estudos de Gênero.

⁴⁵ *Hirata; Guimarães*: Filosofia. Doutora em Sociologia. Docência. Pesquisa. Experiência em Sociologia do Trabalho e do Gênero/ Ciências Sociais. Pós-Doutorado e livre docência em Sociologia do Trabalho. Pesquisa. Experiência em desigualdades de gênero e raça no mercado e locais de trabalho; o cuidado e as trabalhadoras do cuidado; respectivamente.

possibilidades que as mulheres de diferentes raça/cor e níveis de renda têm na sociedade (LOMBARDI; CAMPOS, 2018).

Na realidade brasileira, observa-se que se encontram mulheres brancas com nível universitário, em serviços administrativos e de direção, detentoras de poder de comando sobre uma grande massa de outras mulheres, predominantemente negras e mais pobres, com formação de nível médio, que atuam diretamente em contato com os doentes, na base da pirâmide, sob suas ordens. Destaca-se que as funções do cuidado direto do paciente costumam estar associadas a baixo reconhecimento, baixo nível de formação, feminização e “enegrecimento” de trabalhadores, como é o caso da Enfermagem no Brasil (HIRATA; GUIMARÃES, 2012).

1.6 Contribuições da Interseccionalidade e do feminismo negro: produção de conhecimento, reconhecimento das desigualdades e resistência de mulheres negras

Patrícia Collins (2015), renomada feminista negra e socióloga estadunidense, observou que eram três as principais preocupações do conjunto dos estudos sobre interseccionalidade. Uma delas era a interseccionalidade como campo de estudos, com foco nos conteúdos e temas que a caracterizam. A outra era a interseccionalidade como estratégia analítica, considerando sua capacidade de produzir novos conhecimentos sobre o mundo social. E a interseccionalidade como uma forma de *práxis* social, com ênfase para as conexões entre conhecimento e justiça social.

Nesse contexto, a interseccionalidade apresenta-se como importante ferramenta teórico-metodológica, possibilitando a compreensão e a visibilidade das situações concretas de exclusões e desigualdades vivenciadas pelas mulheres e pela população negra em geral. Além disso, fornece subsídios para a criação de estratégias efetivas para o enfrentamento e combate das desigualdades (SILVA; MENEZES⁴⁶, 2020).

Entende-se que uma análise focada nas relações de classe pode deixar de fora o modo como as relações de gênero e o racismo configuram a dominação no

⁴⁶*Silva; Menezes*: Doutora em Psicologia. Docência/ Psicóloga. Doutora em Psicologia. Docência; respectivamente.

capitalismo, posicionando as mulheres e a população não-branca em hierarquias que não estão contidas nas de classe, nem existem de forma independente e paralela a elas. Assim, a capacidade de explicar as formas de dominação e os padrões de desigualdade são reduzidos e a capacidade de ser uma análise transformadora também (BIROLI⁴⁷; MIGUEL, 2015).

Segundo Sueli Carneiro (2003), o protagonismo político das mulheres negras tem sido força motriz para as mudanças nas concepções e o reposicionamento político feminista no Brasil. Elas têm discutido sobre as diferenças intragênero, isto é, entre as mulheres; o racismo e a discriminação racial como fatores de produção e reprodução das desigualdades sociais que acometem as mulheres no Brasil e os privilégios que essa ideologia produz para as mulheres do grupo racial hegemônico, isto é, as mulheres brancas. Além disso, defendem a necessidade de políticas específicas para as mulheres negras para igualdade de oportunidades sociais; a dimensão racial que a pobreza tem no Brasil; e a violência simbólica e a opressão que a branquidade, como padrão estético privilegiado e dominante, tem sobre mulheres não brancas.

Ângela Davis, feminista norte-americana autora do livro *Mulheres, raça e classe* (2016), ao analisar o contexto social, histórico, crítico e contemporâneo da condição da mulher, em especial das mulheres negras norte-americanas, articula as lutas antiescravagista, anticapitalista, antirracista, feminista e aponta o papel das mulheres negras como central na luta contra as explorações e dominações. Conceitos como interseccionalidade, oriundos dos feminismos negros, se tornaram populares e de alguma maneira estão nas discussões diárias sobre a mulher negra na atualidade (ASSIS, 2019).

Patrícia Collins (2016) também enfatiza o papel das mulheres negras intelectuais na produção de fatos e de teorias sobre a experiência de mulheres negras que elucidam o ponto de vista destas para outras mulheres negras. De acordo com Collins (2016), a cultura desenvolvida por essas mulheres é básica para elaboração de referencial ideológico, por apresentar simbologias e valores da autodefinição e autoavaliação que colaboram para que as mulheres negras percebam as opressões de raça, classe e gênero, vivenciadas por elas no dia a dia.

⁴⁷ *Biroli*: Ciência Política. Docência. Pesquisa. Escritora.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Para descrever o percurso metodológico desta pesquisa, utilizou-se como norteador o *Check-list* dos Critérios Consolidados para Relatos de Pesquisa Qualitativa (COREQ) (TONG et al., 2007; SOUZA et al, 2021). O *Check-list* inclui os dados a serem contemplados para a apresentação de investigações qualitativas, especialmente aqueles relacionados ao desenho do estudo, à análise dos dados e à equipe de pesquisa e reflexividade do pesquisador (Apêndice).

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, norteado pela Teoria da Interseccionalidade, de Kimberlé Crenshaw (CRENSHAW 1989; 2002; 2012). Essa teoria auxiliou na análise das relações de gênero, raça e classe, de forma interseccionada, a fim de considerar desigualdades vivenciadas pelas mulheres negras, Enfermeiras Obstétricas, e suas implicações para a sua atuação profissional.

Por dizer respeito a um contexto de trabalho composto por relações com diferentes atores, que em alguma medida compõem o conjunto de vivências das participantes, os dados utilizados para esta investigação não se limitaram a situações restritas a cada uma delas. Foram também utilizadas aquelas relatadas pelas participantes e que diziam respeito a seus colegas de trabalho, isto é, as mulheres e as famílias cuidadas e a instituição se onde atua.

2.2 Cenário de investigação: O Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica/ Rede Cegonha – II

Esta investigação foi realizada com egressas do CEEOil, no período 2018-2019. A criação e desenvolvimento do CEEOil decorreu do reconhecimento da existência e manutenção de um modelo de atenção obstétrica e neonatal que consideram a gestação e o nascimento como um evento potencialmente patológico e uma questão médica, que necessita de intervenções (ANDRADE; LIMA, 2014; LEAL et al, 2014; BRASIL, 2017). Dessa forma, as mulheres e os recém-nascidos

tem sido expostos a altas taxas de intervenções desnecessárias, como operações cesarianas, episiotomia e uso de ocitocina sem reais indicações e sem base em evidências científicas (ESTEVES-PEREIRA, 2016; MILLER et al., 2016; LEAL et al., 2014).

Nesse contexto, a qualificação de recursos humanos ocupa um espaço estratégico para o alcance das metas pactuadas no Brasil e internacionalmente, como os Objetivos do Milênio (ODM) e, mais recentemente, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (ONU, 2000; 2015).

Na qualificação profissional na atenção obstétrica no Brasil, a Enfermagem tem sido foco de políticas do Ministério da Saúde para a formação de especialistas e sua inserção em hospitais e Centros de Parto Normais (CPN). Isso devido ao reconhecimento do potencial de contribuição da Enfermagem Obstétrica para mudança de modelo (SANDALL et al., 2016).

O Ministério da Saúde recomenda que a assistência ao parto e ao nascimento de risco habitual possa ser manejada por médicos e/ou por Enfermeiras(os) Obstétricas(os) e Obstetizas. Ainda salienta que o sistema proporcione condições para a implementação de modelos que incluam essas(es) profissionais na assistência, considerando o potencial para a redução das intervenções e a maior satisfação das mulheres (CONITEC, 2016).

Para incremento do quantitativo dessas profissionais, visando a implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e ações como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o MS financia Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEI) em todo o país, desde 1990.

Com a Rede Cegonha (2011), reafirmou-se o reconhecimento das Enfermeiras como um quadro estratégico no modelo e, a partir de 2012, o MS voltou a apoiar a formação dessas profissionais, com financiamento e parcerias com Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), e serviços com modelos marcados pela humanização da assistência, contando com o apoio da ABENFO Nacional (OPAS, 2014). A partir de então, o MS tem como estratégia promover a articulação entre gestão, atenção e ensino, buscando potencializar os esforços na produção de autonomia no cuidado às mulheres e seus bebês.

Nesse contexto, tem-se os Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica: o CEEOI-Rede Cegonha (em 2014) e o CEEI II-Rede Cegonha (em

2016). Tais Cursos tiveram como público-alvo Enfermeiras vinculadas a serviços contratualizados à Rede Cegonha, cujos gestores manifestaram interesse na mudança de modelo. Esses cursos foram realizados sob a coordenação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), em parceria com IFES das cinco regiões do país. Formou-se uma estrutura inédita de parceria e de esforços, entre as IFES e os serviços de saúde, tanto os campos de práticas das Especializadas quanto de seus serviços de origem.

O **CEE0 II**, Curso pelo qual as participantes desta pesquisa se formaram como Enfermeiras Obstétricas, conta com a parceria de 20 IFES, abrangendo nove IFES na região Nordeste, cinco na Norte, quatro na Sudeste, uma na Centro-Oeste, e uma na Sul. São elas: Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Pará, Universidade Federal de Tocantins, Fundação Universidade Federal de Rondônia, Universidade Federal de Roraima, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal do Piauí, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal de Alagoas (Maceió), Universidade Federal de Alagoas (Arapiraca), Universidade Federal de Sergipe, Universidade Federal da Paraíba, Universidade de Brasília, Universidade Federal do Espírito Santo, Universidade dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Universidade Federal de Uberlândia e Universidade Federal do Paraná.

Figura 2. Mapa do CEE0 II/Rede Cegonha



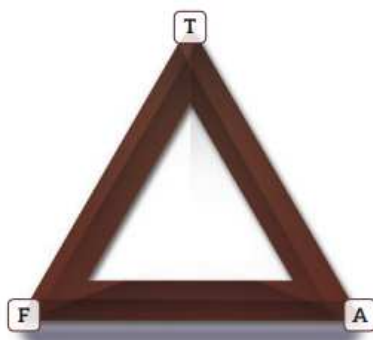
No total de todas as IFES, somaram-se 289 Enfermeiras(os)-Especializandas(os). Isso porque 300 ingressaram no CEEO II, mas houve 14 desistências no decorrer do Curso, sendo que três das vagas foram preenchidas por aprovados excedentes.

A pesquisadora desta dissertação foi bolsista de apoio técnico do CEEO II de julho de 2016 a outubro de 2017. Participou da Banca Examinadora do processo seletivo das Enfermeiras do CEEO II, em 2016, que incluiu análise de currículo e entrevista presencial. Além disso, a pesquisadora atuou na elaboração, desenvolvimento, coleta e análise de dados da pesquisa intitulada “Especialização em Enfermagem Obstétrica: avaliação do processo de desenvolvimento e efeitos do Curso na perspectiva de formação-intervenção”, realizada em 2017.

A escolha do Curso CEEO II para a pesquisa levou em conta a utilização do referencial da formação-intervenção como base para seu planejamento e desenvolvimento. Tal referencial está articulado em diferentes produções e marcos teórico-institucionais de políticas do SUS/Ministério da Saúde, como as Políticas Nacionais de Humanização (PNH) e de Saúde da Mulher/Rede Cegonha (BRASIL, 2010, 2014; HECKERT; NEVES, 2007; SANTOS FILHO, 2010).

Para isso, parte-se de um *triângulo de referência* para alinhamento das bases do projeto político-pedagógico do Curso. Os vértices do triângulo trazem os campos da *Formação*, *Trabalho* e *Avaliação*, buscando-se explicitar o modo como se compreende a confluência desses marcos referenciais para direcionar o processo de formação-intervenção (BRASIL, 2010; SANTOS FILHO, 2010).

Figura 3 – Triângulo de referência para articulação de projetos políticos pedagógicos: Formação, Trabalho e Avaliação



Fonte: CAEO/PN/APICEON (2019).

No vértice da **Formação**, enfatiza-se que o “ambiente de formação” tenha

como protagonistas os alunos/profissionais/equipes compreendidos como *sujeitos no contexto do processo de trabalho*, isto é, sujeitos deslocando-se nos espaços para se fazer-aprendendo e aprender-fazendo. E que, além disso, o “ambiente de formação” considere as análises coletivas das realidades de trabalho e vivências dos sujeitos, as intervenções realizadas no cotidiano e as que se planeja operar para transformação da realidade e construção de redes (SANTOS FILHO, 2010).

O **Trabalho** (e processo de trabalho) é compreendido como a produção/invenção de serviços, de produtos, de si mesmo e do mundo (ZARIFIAN, 2001). Constitui-se como campo de formação permanente, no qual o sujeito de forma como trabalhador, à medida que enfrenta, coletivamente, as situações de trabalho (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

A **Avaliação** realizada transversalmente à formação e ao trabalho, objetiva uma prática avaliativa permanente no decorrer do planejamento e desenvolvimento dos projetos/atividades, possibilitando construções e desconstruções coletivas dos mesmos. Realizada dessa forma, a avaliação permite a emancipação dos sujeitos, respeitando as diferenças e as particularidades deles e das situações/realidades nas quais estão inseridos (SANTOS FILHO, 2010).

Portanto, o CEEO II vem como uma resposta à necessidade de processos formativos mais ampliados quanto ao potencial de reflexão sobre as realidades de trabalho, incluindo as situações de desigualdades de gênero, raça e classe existentes nas instituições de saúde e que envolvem os profissionais que nela trabalham e as mulheres e famílias por eles cuidadas.

2.3 Participantes do estudo

As participantes do estudo são 25 Enfermeiras Obstétricas autodeclaradas negras (pretas ou pardas), que se formaram no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica II-Rede Cegonha (CEEQ II) e que atuam em serviços de saúde, na atenção ao parto e nascimento, de tais regiões.

As participantes foram identificadas a partir da pesquisa maior “Especialização em Enfermagem Obstétrica: avaliação do processo de desenvolvimento e efeitos do curso na perspectiva de formação-intervenção”, desenvolvida a partir do CEEQ II e tendo como um dos membros a pesquisadora desta dissertação. A primeira etapa de identificação das participantes encontra-se

ilustrada no Fluxograma 1.

Durante esse período, além de ter participado de tal pesquisa, a pesquisadora organizou e participou de uma oficina do CEEO II, em Belo Horizonte, e uma reunião do CEEO II em Salvador, que envolveu coordenadores, subcoordenadores e alguns Enfermeiros-Especializandos das IFES, além do Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON), em 2016. Além disso, a pesquisadora atuou como Enfermeira preceptora em uma Unidade Básica de Saúde, acompanhando o estágio de Enfermeiros-Especializandos na atenção à saúde da mulher. Dessa forma, a pesquisadora teve contato prévio com algumas Especializandas, incluindo duas Participantes desta investigação.

Como o CEEO II contava com 289 Especializandas(os), foi enviado a cada um(a) deles(as), por *e-mail*, em 2017, o “Instrumento de Perfil das Enfermeiras(os)-Especializandas(os)”. Os instrumentos continham, dentre outros aspectos, os dados pessoais, a autodeclaração de raça/cor e se a(o) Enfermeira(o) atuava diretamente na assistência ao parto e ao nascimento. Das(os) 289 Especializandas(os), 274 responderam ao instrumento: 255 mulheres e 19 homens. A partir desses dados, identificou-se que 129 mulheres se autodeclaravam negras no instrumento.

Considerando esse público, os critérios de inclusão das participantes da pesquisa de dissertação foram: a certificação de que as Enfermeiras Obstétricas se autodeclaravam negras (pretas ou pardas); de que atuavam no cuidado às mulheres, bebês e famílias no cenário de parto e nascimento em seus serviços.

Dessa forma, antes de iniciar o contato com as 129 mulheres negras para confirmar sua atuação no parto e nascimento, no início de março de 2020, realizou-se uma entrevista piloto com o roteiro semiestruturado elaborado. Uma Enfermeira Obstétrica, autodeclarada negra, que atuava no bloco obstétrico e não havia sido incluída na amostra deste estudo, aceitou ser entrevistada para o teste do instrumento. Verificou-se que o roteiro elaborado atendia aos objetivos estabelecidos pela pesquisa e não foram necessárias mudanças em seu conteúdo.

A entrevista piloto também foi importante para que fosse verificada a técnica da pesquisadora para a sua condução. Para isso, a transcrição da entrevista piloto foi realizada e apreciada por uma outra pesquisadora com *expertise* em pesquisa qualitativa. Considerando-se a complexidade da produção de dados qualitativos e o entendimento do pesquisador como o principal instrumento de produção de dados, cabe destacar a experiência anterior da pesquisadora, realizando entrevistas para

coleta de dados e participando do processo de análise dos dados durante projetos de extensão, Trabalho de Conclusão de Curso de sua graduação em Enfermagem e na Monografia de sua residência em Enfermagem Obstétrica.

Após a realização da entrevista piloto, iniciaram-se os contatos telefônicos com as 129 mulheres negras. No primeiro contato, a Enfermeira Obstétrica disse que estava atuando no parto e nascimento, mas que se autodeclarava branca (ao contrário do que estava no instrumento respondido por ela). Dessa forma, decidiu-se que a pesquisadora confirmaria tanto a atuação no parto e nascimento quanto a autodeclaração de raça/cor com as 129 mulheres negras. (Fluxograma 2)

Após a confirmação, com relação à autodeclaração de raça/cor, identificou-se que 104 se autodeclaravam negras (11 pretas e 93 pardas), 6 brancas e 2 amarelas (sendo que as oito, no Instrumento de Perfil, se autodeclaravam pardas). Com relação à atuação no parto e nascimento, das 104 negras, 59 eram atuantes (54 pardas e 5 pretas).

Além disso, não se obteve sucesso no contato com 16 delas. Uma havia desistido do curso – informação obtida com umas das colegas de sua turma no CEEO II – e se autodeclarava parda no Instrumento de Perfil. Das 15 restantes, eram três pretas e 13 pardas, de acordo com o Instrumento de Perfil, sendo das regiões Nordeste (08) e Norte (07).

Por fim, 59 Enfermeiras Obstétricas negras preenchiem aos critérios de inclusão da pesquisa, estando distribuídas na Região Nordeste (36); Região Sudeste (13); Região Norte (07); Região Centro-Oeste (03) e nenhuma na Região Sul (uma se autodeclarava preta, mas não atuava no parto e nascimento). Na Região Nordeste, com maior número de Enfermeiras, utilizou-se a saturação de dados (Rio Grande do Norte, Sergipe, Pernambuco, Paraíba, Alagoas, Maranhão, Piauí, Ceará), que foram escolhidas por meio de sorteio. Já nas outras regiões – Sudeste, Norte e Centro-Oeste, com menor número de Enfermeiras, todas foram convidadas a participar para garantir as diferenças e as especificidades referentes à localização geográfica e diversidade cultural das participantes.

Com esse novo cenário, os contatos para convite a participar da pesquisa se iniciaram por contato telefônico. Porém, de oito, apenas uma Enfermeira atendeu. Dessa forma, optou-se por utilizar outra forma de contato: envio de mensagens pelo

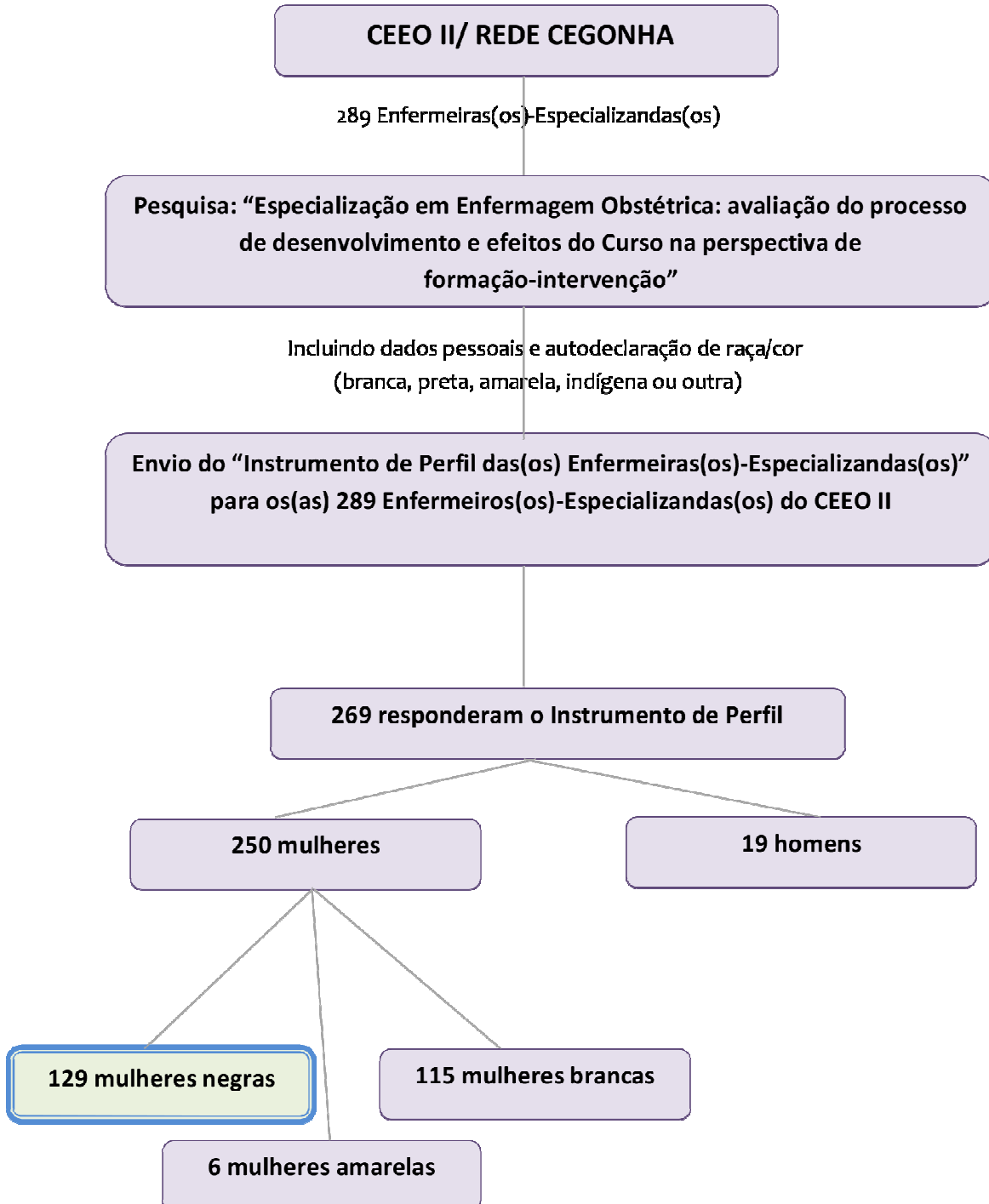
*WhatsApp Messenger*⁴⁸

Para aquelas que não tinham o *WhatsApp*, foi enviado *e-mail*. Como não se obteve sucesso no contato com algumas (ou não respondiam ao *e-mail*, ou não tinham *WhatsApp*, ou não atendiam ao telefone) contou-se com o apoio das próprias participantes e com alguns coordenadores e subcoordenadores do CEEOII, que auxiliaram nesse contato inicial. Apenas uma Enfermeira Obstétrica que se autodeclarava parda e estava atuando não quis participar da pesquisa; agradeceu o convite, mas não deu justificativa para a recusa. Ainda assim, ela elogiou a temática que estava sendo investigada e auxiliou no contato com colegas que foram de sua turma.

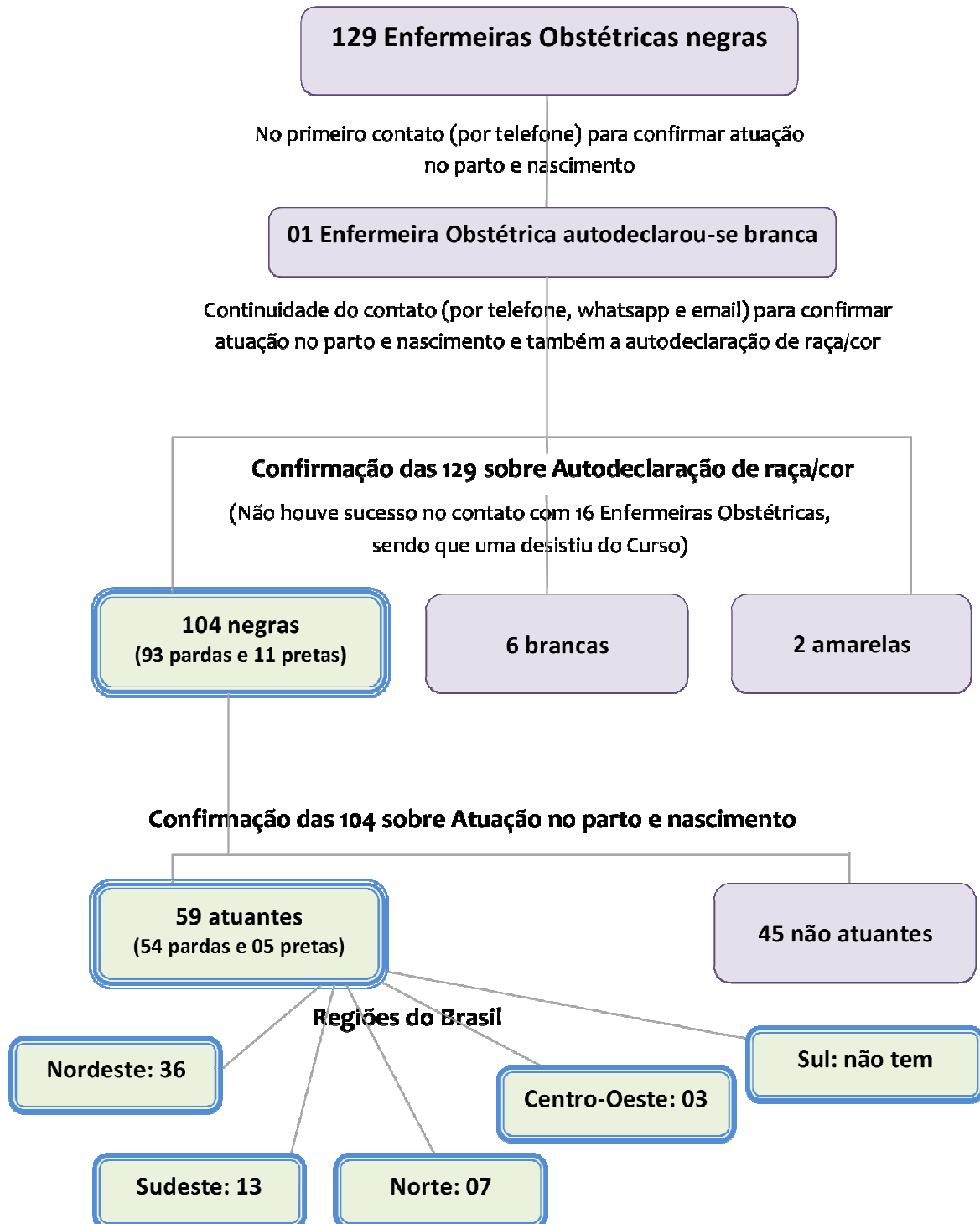
O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Apendice), foi adaptado para o formulário do *Google (Google Forms)* e enviado para as Enfermeiras Obstétricas que aceitaram participar da pesquisa a preencherem com nome completo, *e-mail* e confirmação de seu desejo em participar. Todas as participantes preencheram o TCLE e enviaram-no para a pesquisadora.

⁴⁸ Aplicativo que oferece um serviço de mensagens e chamadas de voz e vídeo para celulares, além de envio e recebimento de arquivos de mídia, como fotos.

FLUXOGRAMA 1. Primeira Etapa da Identificação das participantes da pesquisa



FLUXOGRAMA 2. Segunda Etapa da Identificação das participantes da pesquisa



2.4 Coleta de dados

A coleta de dados se iniciou em março de 2020, após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, CAAE 10729319.0.0000.5149.

Utilizou-se a História Oral como método de coleta de dados, por meio da entrevista em profundidade (SANTIAGO; OGUISSO; CAMPOS, 2010). Tal método tem caráter documental e busca a variante considerada legítima de quem presenciou um acontecimento, além de promover o debate em torno de um assunto central definido (SANTIAGO; OGUISSO; CAMPOS, 2010). Neste caso, na influência de gênero, raça e classe no cotidiano de trabalho de Enfermeiras Obstétricas negras.

Nesse sentido, no caso deste estudo, mais especificamente, sobre as mulheres negras, um sido utilizado esse método para incluir histórias orais de segmentos sociais silenciados, evitados, esquecidos ou desprezados por diversos motivos, como os negros (MEIHY, 2002).

O desafio em ouvir diferentes vozes passa por reconhecer a pluralidade de existências que, atravessadas pelas questões raciais, de gênero e/ou classe social, sofrem, cada uma de uma forma, apagamentos cotidianos e resistem, cada uma à sua maneira, a tais opressões (SANTOS, 2017).

Assim, as entrevistas individuais foram realizadas por chamada de vídeo do *WhatsApp*. Durante a elaboração do projeto desta pesquisa, em 2018 e 2019, a escolha por essa plataforma de comunicação foi feita considerando que as participantes moravam em diversas regiões do Brasil, e não seria possível a pesquisadora estar presencialmente com elas para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas por chamadas de vídeo para que a pesquisadora mantivesse contato visual com as participantes, a fim de possibilitar a identificação de impressões a partir da observação de elementos não verbais, como mudanças na postura corporal, gestos, sorriso, choro, volume e ritmo da fala durante as entrevistas.

Após a Enfermeira Obstétrica ter confirmado sua autodeclaração de raça/cor, sua atuação no parto e nascimento, e ter assinado o TCLE, combinou-se o melhor dia e horário para cada uma delas para a realização da entrevista. Utilizou-se um roteiro semiestruturado para nortear a condução da entrevista (Figura).

As chamadas de vídeo por *WhatsApp* foram feitas com todas as participantes. Inicialmente, certificou-se com as participantes se elas estavam confortáveis e em um ambiente tranquilo para que as entrevistas fossem realizadas. Além disso, elas foram orientadas sobre a possibilidade de interromperem a entrevista caso fosse

necessário, por quantas vezes precisassem. O áudio da entrevista foi gravado em outro aparelho, diferente do que já estava sendo utilizado para a chamada de vídeo, assim, posteriormente poderia ser transcrito.

Vinte participantes optaram por realizar a entrevista em suas casas. Dessas, quatro precisaram interromper por curto intervalo de tempo a entrevista para darem atenção aos filhos e/ou auxiliá-los em alguma atividade (M2, M5, M16); por conta de ter ficado emocionada com seus relatos (M8); e para diminuir o volume da televisão (M10). Quatro participantes realizaram a entrevista no hospital onde atuavam, em seus horários de descanso (M13, M22, M24, M25). Uma das participantes (M14) realizou a entrevista em um local onde estava ficando, em isolamento social, por preocupação com seus filhos devido à pandemia pelo novo coronavírus – COVID 19.

Como dificuldade para a realização das entrevistas por chamada de vídeo, aponta-se a falha na conexão, por conta da Internet. Porém, isso não impediu que a entrevista desse continuidade e fosse finalizada.

Figura 4. Roteiro semiestruturado com as perguntas norteadoras das entrevistas

1. *Como tem sido a sua atuação como Enfermeira Obstétrica no cuidado às mulheres, bebês e famílias?*
2. *Você já viveu ou já presenciou situações de desigualdade de gênero, raça ou classe no seu ambiente de trabalho? (com você, colegas de trabalho, mulheres etc).
Se sim, qual (is)? (contar sobre a situação).*
3. *O que você sentiu diante dessas situações de desigualdade?*
4. *O que você fez diante dessas situações de desigualdade?*

Fonte: Elaborada pela pesquisadora, 2020

As participantes foram orientadas de que, caso fosse do seu desejo, poderiam ter acesso à transcrição de sua entrevista e aos registros da pesquisadora a qualquer momento, a fim de participar do processo de validação dos dados para a pesquisa. Além disso, elas foram questionadas se poderiam ser contactadas, posteriormente, caso fosse necessária a confirmação de dados relacionados à transcrição de suas entrevistas para a análise de dados.

À medida que as entrevistas foram sendo realizadas, as transcrições e a análise dos dados foram sendo feitas. Isso possibilitou perceber o momento em que os dados obtidos já conseguiam responder aos objetivos da pesquisa, considerando

a saturação de dados. Além disso, todas as entrevistas e suas transcrições foram feitas pela própria pesquisadora, a fim de uma maior aproximação com as participantes e maior apropriação das narrativas. Após cada transcrição, a pesquisadora realizou a escuta do áudio e a leitura de cada entrevista para confirmar seu conteúdo. Todo esse processo de leitura das transcrições das entrevistas e determinação da saturação de dados foi realizado em conjunto com a orientadora da pesquisadora, a fim de seguir os critérios para rigor metodológico e qualidade da pesquisa.

Durante esse processo, a pesquisadora optou por elaborar um desenho esquemático do local de trabalho de cada participante, a partir de suas narrativas. Considerou-se que esse poderia ser um recurso de aproximação da pesquisadora do contexto de trabalho das participantes e facilitar a compreensão das narrativas. Pode-se considerar que esse recurso foi, de alguma forma, induzido pelas informações oferecidas pelas participantes sobre o hospital e o setor onde atuavam, falando, por exemplo, de sua estrutura, divisão dos setores e métodos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto e parto.

Estes desenhos foram validados pelas participantes, já que sem a validação delas, pode ser uma captura da realidade com fortes limitações determinadas pela necessidade de usar da imaginação para elaborar a planta.

O tempo total de áudio das 25 entrevistas foi de 12 horas e 22 minutos, sendo que o tempo médio de realização de entrevistas foi de 32 minutos e 39 segundos. As transcrições das entrevistas totalizaram 383 páginas, formatadas em espaçamento 1,5, letra Arial, tamanho 12.

No decorrer da coleta de dados, a pesquisadora registrou observações, tópicos considerados importantes, ideias e reflexões em seu diário reflexivo.

2.5 Análise de dados

A análise de dados foi feita por meio da análise hermenêutico-dialética (Minayo, 2002, 2008). Esta orientação de análise resulta de um questionamento ao tecnicismo das posturas científicas meramente empiristas, condicionando um contexto histórico às simbologias da linguagem; a postura de autoconhecimento do pesquisador – como sujeito inserido num contexto espaço-temporal e interessado pelo objeto de pesquisa; e a postura de superação das próprias visões de um fenômeno, de forma parcial (MINAYO, 2002), na busca de conclusões coerentes.

Dessa forma, além de uma forma de investigação científica, tal análise representa uma postura filosófica e epistemológica de perceber e compreender, por meio da razão, a realidade posta aos olhos (STEIN, 1983).

A análise foi norteada pelo referencial teórico da Teoria da Interseccionalidade, de Kimberlé Crenshaw (CRENSHAW 1989; 2002; 2012). Tal teoria permitiu analisar as relações entre gênero, raça e classe no contexto de trabalho de Enfermeiras Obstétricas negras, a partir da identificação de desigualdades, da percepção e das formas de enfrentamento dessas Enfermeiras perante tais situações, por meio do conjunto de dados produzidos.

Apresentam-se, a seguir, informações que possibilitam conhecer todos os movimentos analíticos e o caminho percorrido nesta pesquisa, que foram orientados pela análise hermenêutico-dialética e pelo referencial teórico. Tem-se três fases da análise hermenêutico-dialética, com suas principais características e como elas foram seguidas nesta dissertação, considerando também a Interseccionalidade (Figura 5 – As etapas da Análise hermenêutico-dialética):

Fase 1. Organização dos dados:

Inicialmente, certificou-se de estabelecer uma familiarização com os dados, por meio da realização e transcrição das entrevistas pela própria pesquisadora, além das leituras e registro de observações e ideias no diário reflexivo. Para a transcrição das entrevistas, utilizou-se a Convenção de transcrição, adaptada por Jefferson (2004) (Apêndice). Para garantir o anonimato das 25 participantes, elas foram identificadas por M, seguidas de um número, de 1 a 25, de acordo com a ordem de realização das entrevistas (M1 a M25).

Realizaram-se a leitura geral do material empírico e a organização das entrevistas e registros de observações da pesquisadora durante a realização das entrevistas em unidades de análise iniciais (abrangentes). Foram elas: **1. Atuação como Enfermeira Obstétrica** e **2. Situações de desigualdades** (Desenho esquemático 1 – Parte: Unidades de análise iniciais). Assim, os dados foram ordenados de forma a facilitar a continuidade do processo de reconhecimento e interpretação dos dados.

Fase 2. Classificação dos dados:

Foram feitas leituras repetidas de cada unidade de análise e sua síntese

(síntese vertical de cada unidade de análise), assim como leituras repetidas, comparando-se as diferentes unidades de análise (síntese horizontal das unidades de análise). Dessa forma, os dados foram percebidos a partir dos questionamentos feitos sobre eles, com base nos fundamentos teóricos, sendo agrupados de acordo com suas convergências ou divergências e complementaridades ou diferenças.

Inicialmente, a partir das respostas das participantes, foram confirmadas as duas unidades de análise iniciais, dando a elas as seguintes caracterizações: **1. Atuação como Enfermeira Obstétrica**, em que as participantes falaram sobre dados pessoais, instituições e setores onde trabalhavam; como era sua atuação, relação com a equipe de trabalho e com as mulheres e famílias; e sobre sua percepção como Enfermeira Obstétrica após se formar pelo CEEOII; e **2. Situações de desigualdades**, em que narraram a situação, falando das pessoas envolvidas, do motivo de ter ocorrido, dos sentimentos e dos seus enfrentamentos diante da situação.

Com a continuidade da leitura das entrevistas, foram elaboradas subunidades para a unidade de análise 1: dados pessoais, instituição onde atua, setor onde atua, atuação, relação com a equipe de trabalho, relação com as mulheres e suas famílias e percepção após se formar pelo CEEOII. E subunidades para a unidade de análise 2: relato da situação, pessoas envolvidas na situação, motivos da ocorrência da situação, sentimentos e enfrentamentos diante da situação (Desenho esquemático 1 – Parte: Subunidades iniciais).

Na tentativa de capturar algo importante sobre os dados em relação à questão de pesquisa e representar algum nível de significado dentro do conjunto de dados, as unidades de análise iniciais e subunidades iniciais foram agrupadas em duas categorias empíricas: **1. Caracterização, atuação como Enfermeira Obstétrica e o seu contexto de trabalho** e **2. Situações de desigualdades: Reconhecendo, sentindo e enfrentando** (Desenhos esquemáticos 1 e 2 – Parte: Categorias empíricas).

Primeiramente, verificou-se se os dados agrupados em cada categoria empírica formavam um padrão coerente. Identificou-se que os dados referiam-se a: relato da situação; pessoas envolvidas na situação (pessoa na situação de opressor(a) e pessoa na situação de oprimido(a)); motivos da ocorrência da situação (uma única forma de opressão, duas ou mais formas de opressão e não tem certeza/não sabe); sentimentos diante da situação (positivos e negativos);

enfrentamento da situação (diálogo/confronto, silenciamento, auto-reflexão); e consequências da situação (individuais e coletivas/ambiente de trabalho).

Em seguida, considerou-se a validade de cada uma das categorias empíricas na relação com o banco de dados como um todo. Dessa forma, foram feitas releituras de todas as unidades de análise iniciais, subunidades iniciais, categorias empíricas e dos seus respectivos trechos ilustrativos nas entrevistas.

Fase 3. Análise final dos dados:

Nesta etapa, os dados foram articulados com o referencial teórico, de maneira a proporcionar respostas aos questionamentos de pesquisa, seguindo os objetivos da pesquisa. Foi feita uma análise contínua para refinar as especificidades de cada categoria empírica, com nomes claros para cada uma. Nesta pesquisa, considerou-se que o conteúdo das entrevistas iria para além de reconhecer, sentir e enfrentar as situações de desigualdades, revelando também as suas consequências na vida das pessoas e nos ambientes de trabalho.

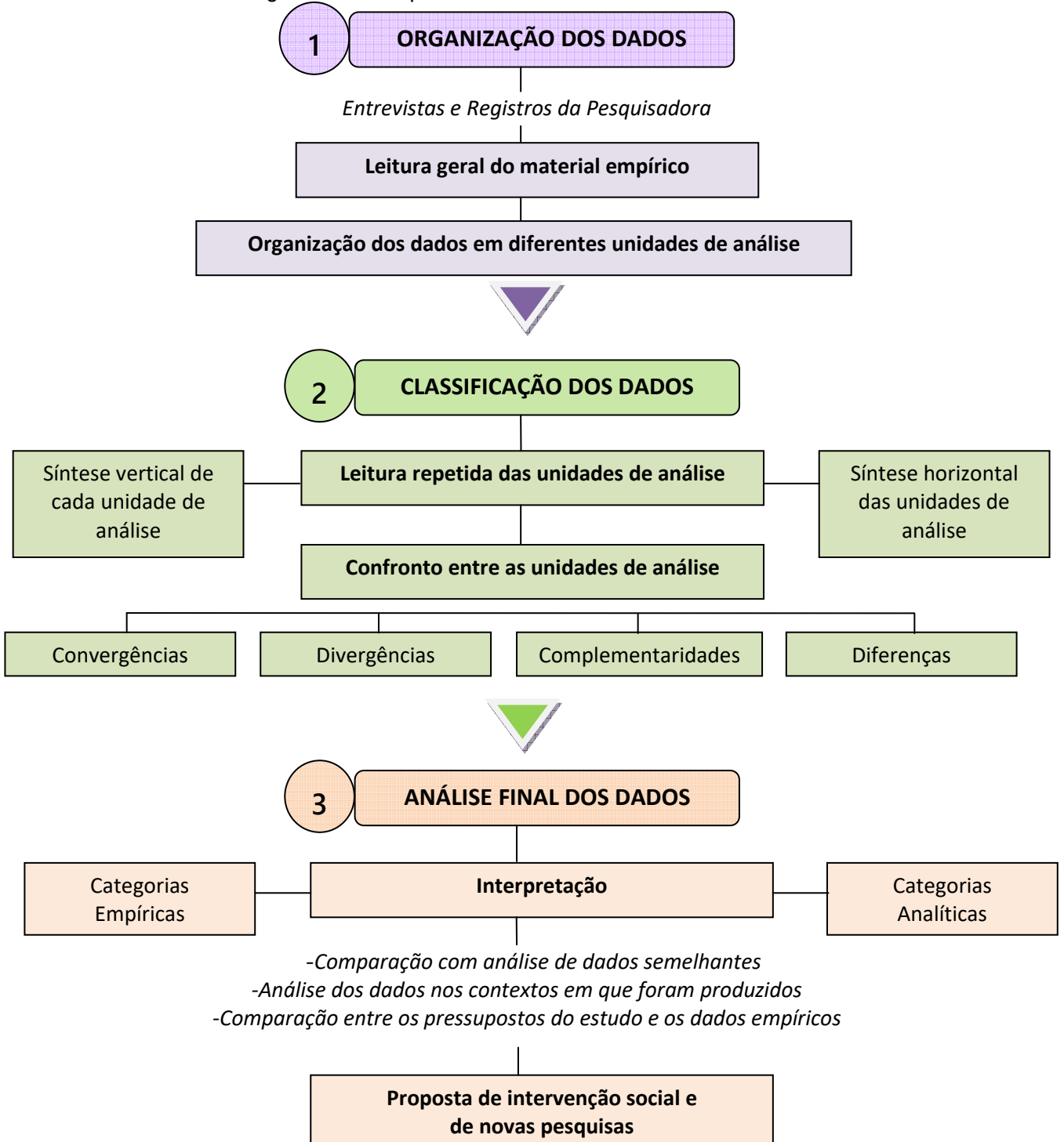
Por isso, como categorias analíticas finais (além do ***Categoria 1: Caracterização, atuação como Enfermeira Obstétrica e o seu contexto de trabalho***), foram definidas: ***Categoria 2. Reconhecendo, sentindo e enfrentando as desigualdades***, que se subdividiu em *Invisibilidade da Interseccionalidade das desigualdades; Desigualdades interseccionais; e Naturalização das desigualdades* e ***Categoria 3. Consequências das desigualdades ou da Interseccionalidade na atuação de Enfermeiras Obstétricas negras***, que se subdividiu em *Comprometimento da atuação como Enfermeira Obstétrica; Afronta aos direitos humanos das mulheres; Comprometimento da saúde mental; Invisibilidade e Resistência e enfrentamentos para (re)existir* (Desenho esquemático 2 – Parte: Categorias analíticas finais).

Para a produção do relatório final, foram selecionados exemplos que conseguissem ilustrar as afirmações analíticas. A apropriação dos dados e os movimentos para a análise das informações produzidas por cada participante e, também de forma transversal aos casos, ofereceram condições para selecionar aqueles fragmentos de discurso que sustentassem a análise e a interpretação dos dados e a resposta aos objetivos da pesquisa.

A análise dos dados permitiu elaborar propostas de intervenções sociais, no âmbito dos direitos humanos, assistência, ensino, extensão e pesquisa e da

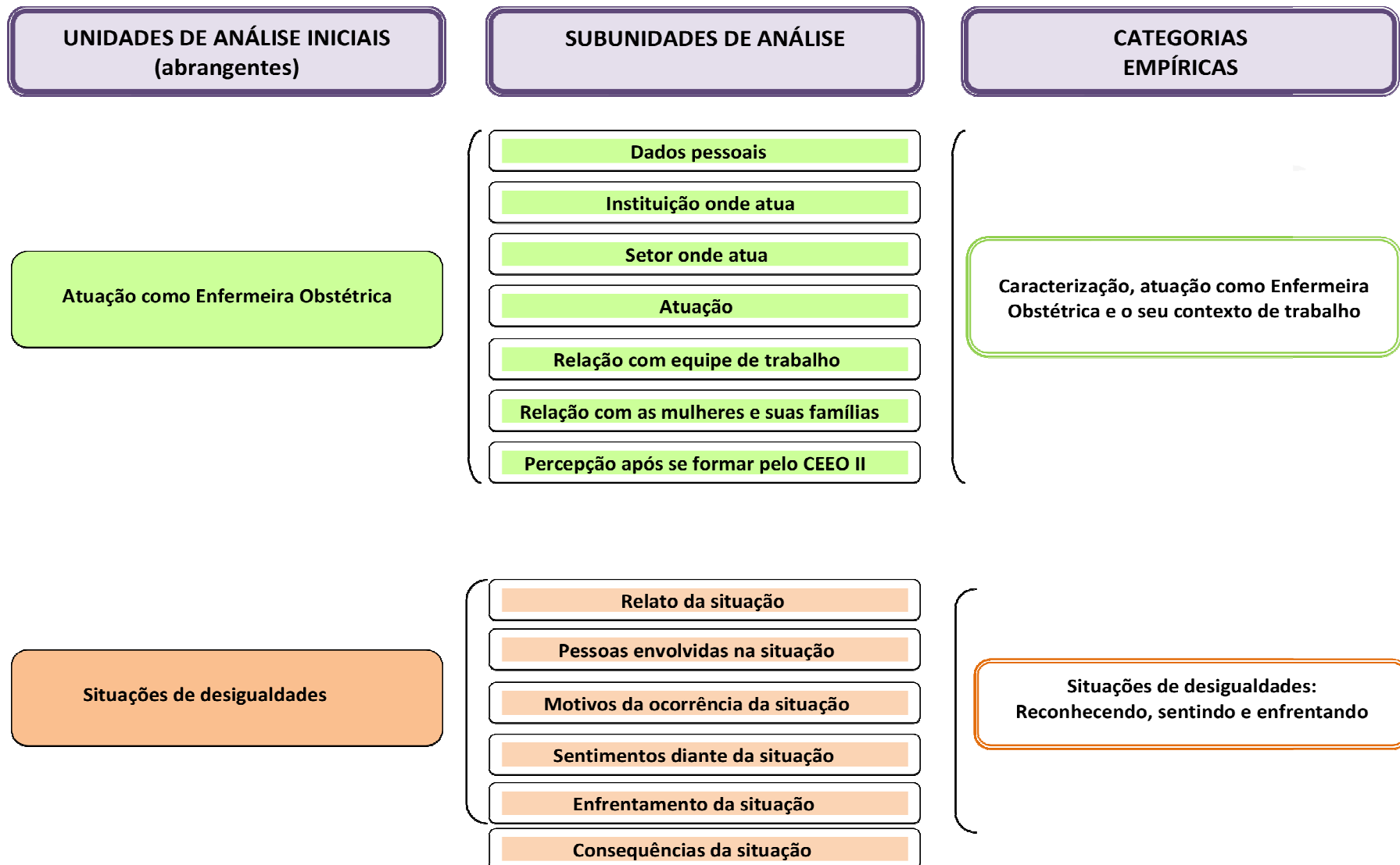
realização de novos estudos a partir das colaborações desta dissertação.

Figura 5. As etapas da Análise Hermenêutico-Dialética

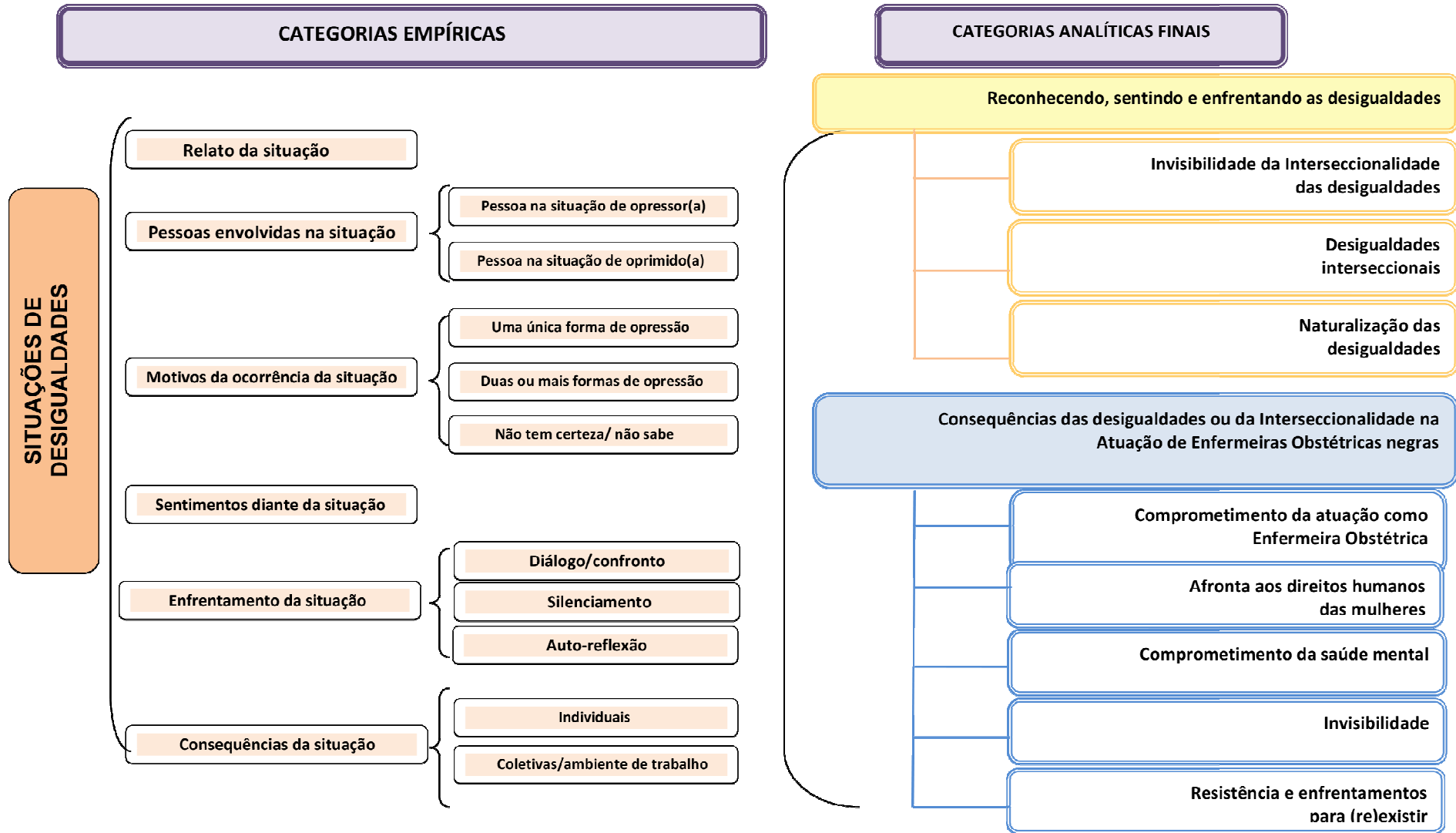


Fonte: Adaptado pela pesquisadora de Assis; Jorge, 2010.

Desenho esquemático 1 – Organização e Classificação dos dados



Desenho esquemático 2 – Análise Final dos dados



O *software* MAXQDA 2020 foi utilizado para auxiliar na análise de dados. Isso permitiu organizar os dados, facilitando a criação de categorias e agrupamento de dados, de acordo com o interesse da pesquisadora, como dados com conteúdos semelhantes ou com conteúdos diferentes.

Cada uma das fases de análise dos dados foi validada de forma independente por outra pesquisadora (a orientadora), objetivando a aplicação do referencial da Interseccionalidade e redução do viés na condução da investigação. Nessa situação específica, foi um aspecto que mereceu atenção para que o benefício da familiaridade da pesquisadora com o objeto de investigação não sofresse interferências das situações por ela vividas e intrínsecas também ao objeto pesquisado.

As participantes também foram convidadas a participar do processo de análise dos dados, por meio da leitura da transcrição de sua entrevista e de registros da pesquisadora, e pela confirmação de dados pessoais e do desenho esquemático do local onde atuavam. Com relação às transcrições, elas não as solicitaram para leitura. Com relação aos dados pessoais e desenhos esquemáticos, das 25 participantes, apenas uma delas não confirmou (M3): não retornou à tentativa de contato feito pela pesquisadora.

Após a confirmação, foram necessários ajustes de alguns dados pela pesquisadora. Observou-se que algumas participantes forneceram dados pessoais que não estavam no Instrumento de Perfil das(os) Especializadas(os), de onde foram retirados dados de caracterização pessoal e profissional das participantes para esta pesquisa. Tais dados faltantes foram: *outra especialização* (M2, M4, M7, M9, M12, M13, M15, M19, M23); *ano de formação como Enfermeira* (M5, M10, M16, M22); *ano de formação em outro curso superior* (M7); e *local de moradia e de atuação* (M16).

Alguns dados, como idade, número de filhos e estado civil, mudaram em decorrência do tempo e mudança de vida das participantes, já que o instrumento de perfil foi preenchido em 2017. Especificamente para a idade, sabendo do tempo decorrido entre o preenchimento do instrumento e a realização das entrevistas, a pesquisadora fez um cálculo provável para a idade das participantes. Porém, algumas se diferenciavam para um ano a mais ou a menos. Dados que mudaram: *idade* (M5, M8, M10, M12, M14, M16); *número de filhos* (M8, M14, M17, M22); e *estado civil* (M10, M17, M22).

Além disso, algumas participantes confirmaram uma questão relacionada à estrutura do local onde atuavam: *número de leitos dos setores estava diferente do*

que foi dito na entrevista (M2, M12, M15, M16, M18, M25).

No decorrer da análise de dados, a pesquisadora registrou observações, tópicos considerados importantes, ideias e reflexões em seu diário reflexivo.

2.6 Critérios e estratégias para garantir o rigor e a qualidade da pesquisa

Para minimizar a parcialidade autoral, Minayo (2005) propõe a realização de uma atividade de triangulação de métodos e dados, que pode ser alcançada por avaliações do conhecimento produzido mediante o auxílio de outros pesquisadores, e pela comparação dos achados com outras teorias e estudos já desenvolvidos sobre a temática.

Segundo Lincoln & Guba (1985), credibilidade, transferibilidade, dependibilidade e confirmabilidade podem ser utilizados como critérios para julgar o rigor nas pesquisas de abordagem qualitativa. Dessa forma, esta pesquisa utilizou esses critérios durante o processo de seu desenvolvimento.

Com relação ao critério de **credibilidade** na pesquisa qualitativa, para Guba e Lincoln (1989), diz respeito à veracidade dos resultados da pesquisa e envolve o quanto bem o pesquisador estabeleceu a confiança nos resultados, baseado no delineamento do estudo, nos participantes e no contexto. A credibilidade estabelece ou não se os resultados da pesquisa representam informações críveis extraídas dos dados originais e se é uma interpretação correta do ponto de vista dos participantes. Para Maykut e Morehouse (1995), o termo credibilidade na pesquisa qualitativa é análogo à validade interna na pesquisa quantitativa.

Uma das estratégias utilizadas foi a **revisão por pares**, que incluiu a pesquisadora e sua professora orientadora durante todo o processo de pesquisa, incluindo elaboração do projeto de pesquisa, coleta e análise dos dados. A revisão por pares requer ter um pesquisador externo qualificado para examinar os processos de pesquisa e as interpretações dos dados (MOREIRA, 2018). O revisor verifica se os dados foram coletados e analisados de forma adequada e sistemática e, em muitos casos, que conclusões foram retiradas (GLESNE; PESHKIN, 1992; MILES; HUBERMAN, 1994).

A segunda estratégia foi a **verificação pelas participantes**. O maior benefício dessa estratégia é que ela oportuniza ao pesquisador verificar a exatidão e a integridade dos resultados (MOREIRA, 2018). Durante a análise dos dados, foram

enviados às 25 participantes os desenhos esquemáticos de seus locais de trabalho e dados de caracterização pessoal e profissional para sua confirmação. Do total, 15 responderam. Além disso, todas as 25 participantes foram informadas que poderiam ter acesso às transcrições das entrevistas no momento em que desejassem, mas nenhum solicitou sua leitura.

A terceira estratégia foi a **reflexividade**, em que o pesquisador é consciente de sua tendenciosidade, valores e experiências que são trazidas para a pesquisa qualitativa e, sendo assim, devem estar explícitas no texto (CRESWELL, 1998). Essa estratégia envolve a reflexão crítica de como o pesquisador constrói o conhecimento a partir do processo de investigação, dos tipos de fatores que influenciam a construção do conhecimento do pesquisador e como essas influências são reveladas no planejamento, na condução e no relatório da pesquisa (MOREIRA, 2018).

Para Guillemin e Gillam (2004), o pesquisador reflexivo é aquele que tem conhecimento de todas essas influências potenciais e é capaz de voltar atrás e olhar criticamente o seu próprio papel no processo de investigação. O objetivo de ser reflexivo, nesse sentido, tem a ver com a melhoria da qualidade e da validade da pesquisa e reconhecer as limitações do conhecimento que é produzido, levando-se, assim, a uma investigação mais rigorosa (GUILLEMIN; GILLAM, 2004).

A reflexividade é uma das estratégias para controlar a tendenciosidade do pesquisador em estudos qualitativos (CRESWELL, 1998). Ary, Jacobs e Sorensen (2010) argumentam que a tendenciosidade do pesquisador pode ser prejudicial na pesquisa qualitativa, pois pode resultar em observações seletivas, ouvir apenas aquilo que se quer ouvir, ou permitir que atitudes, preferências e sentimentos afetem a interpretação dos dados. Para tentar evitar que isso aconteça, Creswell (1998) enfatiza que o pesquisador deve esclarecer a sua posição desde o início do estudo. Isso é importante para que o leitor entenda a posição do pesquisador e qualquer tendenciosidade ou suposição que possa influenciar a investigação.

Com relação ao critério de **transferibilidade** na pesquisa qualitativa, refere-se ao grau pelo qual os resultados de um estudo qualitativo podem ser aplicados ou generalizados para outros contextos ou para outros grupos (DENZIN; LINCOLN, 1994). Embora os pesquisadores que utilizam a abordagem qualitativa não tenham a generalização como meta, é de sua responsabilidade fornecer descrições suficientemente ricas, detalhadas e densas do contexto, de maneira que os

potenciais usuários possam fazer as necessárias comparações e julgamentos sobre a similaridade e, conseqüentemente, sobre a transferibilidade dos resultados. Isso é chamado de adequação descritiva (ARY; JACOBS; SORENSEN, 2010). Dessa forma, a estratégia utilizada foi a **descrição rica e densa** dos participantes, do seu contexto de atuação e os movimentos analíticos utilizados.

Com relação ao critério de **dependibilidade** na pesquisa qualitativa se permite atestar a qualidade e a adequação do processo de pesquisa (MOREIRA, 2018). A estratégia utilizada foi a **replicação lógica**, que envolveu a condução de um estudo em múltiplos locais ou com múltiplos grupos (ARY; JACOBS; SORENSEN, 2010). A dependibilidade também pode ser demonstrada mostrando a consistência dos resultados por meio de múltiplos contextos (no caso, as diferentes regiões brasileiras/Estados de atuação das Enfermeiras Obstétricas participantes) ou múltiplos investigadores (no caso, a pesquisadora e sua professora orientadora). De acordo com essa lógica, quanto mais vezes um resultado é encontrado, como também é verdadeiro em diferentes conjuntos de pessoas ou em diferentes contextos e períodos de tempo, mais confiante o pesquisador pode estar nas suas conclusões (ARY; JACOBS; SORENSEN, 2010).

Com relação ao critério de **confirmabilidade** na pesquisa qualitativa, refere-se à possibilidade de os resultados da pesquisa serem confirmados ou corroborados por outros (FORERO et al, 2018). Foi possível atender esse critério, por meio da descrição detalhada do processo de análise, permitindo que sejam reificadas como as análises foram feitas.

Além disso, com o objetivo de garantir os quatro critérios de rigor e qualidade da pesquisa, utilizou-se como estratégia, no decorrer do seu desenvolvimento, o **diário reflexivo** (LINCOLN; GUBA, 1985). Constitui-se em um documento reflexivo mantido pela pesquisadora, no qual são feitos registros que possibilitaram reflexão, interpretação e planejamento de coleta de dados, de maneira a registrar e revisitar o que está acontecendo ao longo do processo de pesquisa (ORTLIPP, 2008).

Tabela 1. Critérios e estratégias utilizadas para garantir o rigor e qualidade desta pesquisa de dissertação

CRITÉRIOS	ESTRATÉGIAS UTILIZADAS
Credibilidade	Revisão por pares Verificação pelas participantes Reflexividade
Transferibilidade	Descrição rica e densa
Dependibilidade	Replicação lógica
Confirmabilidade	Descrição rica e densa

Diário reflexivo

Fonte: Tabela adaptada para esta pesquisa, com base em MOREIRA (2018).

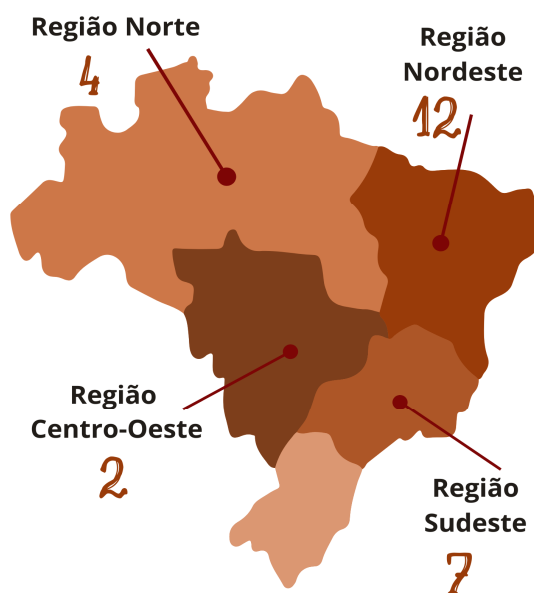
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

Das 25 Enfermeiras Obstétricas participantes, 23 se autodeclararam pardas e 2 pretas. A média de idade foi de 35,96 anos. A maioria das participantes era casada (11); tinha filhos (16); a graduação em Enfermagem havia sido concluída entre 5 a 10 anos (14), seguidas por aquelas que haviam concluído há mais de 10 anos (09). O tempo transcorrido desde a sua formação como Enfermeira Obstétrica foi três anos para 22 participantes e 16 tinham outra graduação e/ou pós-graduação.

Quanto à região de atuação, 12 atuavam na região Nordeste do país, quatro na Norte, duas na Centro-Oeste e sete na Sudeste. Considerando-se o local de atuação das participantes, a população que compôs este estudo foi advinda dos seguintes estados: Ceará, Maranhão, Alagoas (Arapiraca e Maceió), Rio Grande do Norte, Paraíba, Espírito Santo, Minas Gerais, Brasília, Pernambuco, Pará, Amazonas, Tocantins.

Gráfico 2 - Mulheres da pesquisa nas regiões brasileiras.



Elaborado pela pesquisadora, 2021.

Essas mulheres participantes da pesquisa se formaram pelo CEE0 II, nas

seguintes Instituições Federais de Ensino Superior (IFES): UFC (02), UFMA (02), FUFAL-A (01), UFAL-M (01), UFRN (02), UFVJM (02), UFU (02), UFPB (02), UFES (01), UFMG (02), UnB (02), UFPE (02), UFPA (01), UFAM (02), UFT (01).

Os setores de atuação das Enfermeiras Obstétricas foram: Pré-parto e parto, Casa de Parto Normal (CPN), Casa Maternal, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCI), Unidade Canguru, Parto domiciliar, Coordenação e Diretoria da maternidade, UTI Cardiologia, Atenção Básica. Ainda que atuassem em UCI, Canguru ou UTI Cardiologia, estavam também em outros setores do contexto de parto e nascimento.

Três participantes estavam afastadas temporariamente do cenário de parto: duas por serem do grupo de risco para o novo coronavírus (M19 e M21) e uma por estar cobrindo uma colega na Unidade Básica de Saúde, por ela ser do grupo de risco para COVID-19. M19 estava gestante e em isolamento em sua casa. M21 estava trabalhando, temporariamente e em sua casa, nas atividades de coordenação do CPN onde atua. M15 estava, temporariamente, atuando na UBS, principalmente na assistência às mulheres, mas depois retornará para a assistência ao parto e nascimento na maternidade onde estava.

A Tabela a seguir traz as informações sobre a caracterização, atuação e contexto de trabalho das 25 Enfermeiras Obstétricas negras.

Tabela 2. Caracterização das 25 Enfermeiras Obstétricas negras participantes desta pesquisa

PARTICIPANTE	RAÇA	IDADE	ESTADO CIVIL	Nº FILHOS	REGIÃO DE ATUAÇÃO	ESTADOS	IFES	SETORES DE ATUAÇÃO	FORMADA COMO ENFERMEIRA (EM ANOS)	FORMADA COMO ENFERMEIRA OBSTÉTRICA (EM ANOS)	FORMADA EM OUTRA GRADUAÇÃO/ PÓS-GRADUAÇÃO
M1	Parda	42	Casada	2	Nordeste	Ceará	UFC	Pré-parto e parto	20	3	Saúde da Família
M2	Parda	34	Solteira	1	Nordeste	Maranhão	UFMA	CPN, UCI, Canguru	9	3	Enfermeira Intensivista
M3	Preta	30	Solteira	0	Nordeste	Alagoas	UFAL-A	Casa Maternal	10	2	Não
M4	Parda	41	Solteira	0	Nordeste	Rio Grande do Norte	UFRN	Pré-parto e parto	19	3	Mestrado profissional em Saúde da Família
M5	Parda	44	Divorciada	2	Sudeste	Minas Gerais	UFU	Pré-parto e parto	10	3	Não
M6	Parda	48	Casada	2	Nordeste	Rio Grande do Norte	UFRN	Pré-parto e parto	13	3	Não
M7	Parda	36	Casada	1	Nordeste	Paraíba	UFPB	Pré-parto e parto	13	3	Acupuntura/ Advogada
M8	Parda	32	Casada	0	Nordeste	Paraíba	UFPB	PD/ UTI cardiologia	7	3	Enfermeira Intensivista
M9	Parda	29	Casada	0	Sudeste	Espírito Santo	UFES	Pré-parto e parto	7	2	Auditoria e regulação
M10	Preta	28	Divorciada	1	Sudeste	Minas Gerais	UFMG	Pré-parto e parto	4	3	Não
M11	Parda	31	União estável	1	Sudeste	Minas Gerais	UFVJM	Pré-parto e parto	10	3	Enfermeira Neonatologista
M12	Parda	37	Solteira	0	Centro-Oeste	Brasília/DF	UnB	Pré-parto e parto	10	3	Auditoria em serviços de saúde
M13	Parda	38	Casada	2	Sudeste	Minas Gerais	UFMG	Pré-parto e parto	10	3	Enfermeira Intensivista
M14	Parda	44	Casada	1	Nordeste	Pernambuco	UFPE	Pré-parto e parto	19	3	Sim
M15	Parda	49	Divorciada	2	Nordeste	Ceará	UFC	Atenção Básica (temporário) Pré-parto e parto (oficial)	28	3	Saúde Pública/Saúde da Família
M16	Parda	38	Casada	2	Nordeste	Pernambuco	UFPE	Coordenadora pública/Pré-parto e parto/PD	13	3	Não
M17	Parda	35	Casada	1	Sudeste	Minas Gerais	UFVJM	Pré-parto e parto	12	3	Sim
M18	Parda	37	União estável	1	Norte	Pará	UFPA	Pré-parto e parto	7	3	Não
M19	Parda	33	Casada	Gestante	Sudeste	Minas Gerais	UFU	Pré-parto e parto (afastada temporário)	11	3	Neonatologia e Pediatria
M20	Parda	39	Solteira	0	Centro-Oeste	Brasília/DF	UnB	Pré-parto e parto	14	3	Enfermagem Cirúrgica
M21	Parda	27	Solteira	0	Nordeste	Alagoas	UFAL-M	CPN/Pré-parto e parto/ PD (coordena CPN - temporário)	6	3	Enfermeira Neonatologista
M22	Parda	28	Casada	1	Nordeste	Maranhão	UFMA	Pré-parto e parto	6	3	Urgência e Emergência/ Mestrado em Terapia Intensiva
M23	Parda	33	Solteira	1	Norte	Amazonas	UFAM	Pré-parto e parto	13	2	Mestrado em Saúde Pública - FIOCRUZ
M24	Parda	38	Solteira	1	Norte	Amazonas	UFAM	Diretora da maternidade	5	3	Não
M25	Parda	28	Solteira	0	Norte	Tocantins	UFT	Pré-parto e parto	6	3	Não

3.2 Enfermeira Obstétrica Negra M1

3.2.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M1, parda, 42 anos, casada, tem dois filhos, mora e atua em Fortaleza (CE). Formada como Enfermeira há 20 anos; como Especialista em Saúde da Família há 18 anos, área em que iniciou sua atuação; e como Enfermeira Obstétrica há 3 anos. **Ela atua no setor de pré-parto e parto de um hospital municipal, com nível de complexidade secundário.** Atende mulheres em diferentes situações de saúde, como em trabalho de parto e em situação de abortamento. Sente-se triste, pois esses diferentes casos ainda compartilham de um mesmo ambiente. São sete leitos: seis são separados por cortinas, sendo quatro camas PPPs. O sétimo leito (“leitozinho 7”), cama PPP, fica separado dos demais, atrás de uma parede. **M1 e suas três colegas Enfermeiras Obstétricas** respeitam o desejo da mulher: ela quem escolhe onde quer parir e, na maioria das vezes, opta pelo seu próprio leito. No entanto, a maioria dos médicos ainda quer que a mulher vá para o “leitozinho 7”. M1 acredita que é pelo fato de os leitos ficarem separados apenas por cortinas e os acompanhantes transitarem pelo local, o que poderia incomodá-los. **A maioria dos médicos** tem confiança de deixar a paciente de risco habitual sob os cuidados da Enfermeira Obstétrica. Quando não aceitam sua atuação, M1 procura resolver por meio do diálogo. **Algumas mulheres** questionam a presença do médico na assistência, mas é raro recusarem-se de serem avaliadas por Enfermeiras Obstétricas. M1 afirma que, no Nordeste, a ideia do poder que o médico homem tem para eliminar a dor e resolver todos os problemas é muito marcante. Além disso, percebe-se a falta de informação das mulheres sobre o parto: é comum pedirem a episiotomia e para que o médico alivie sua dor de qualquer forma. Porém, muitas mulheres, quando recebem a assistência pela Enfermeira Obstétrica, desejam continuar sendo cuidadas por elas.

Após se formar como Enfermeira Obstétrica, M1 percebeu que o seu trabalho é muito mais reconhecido pela equipe, mulheres e famílias. Sente-se mais empoderada, com mais conhecimentos científicos para atuar e dialogar com a equipe médica e percebe a importância de apresentar-se às mulheres e famílias, dizendo seu nome e sua profissão.

Figura 6: Desenho esquemático do setor onde M1 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M1, e aprovado por M1, 2021.

3.2.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da Interseccionalidade:

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M1 relacionou as quatro situações de desigualdades a seguir à **classe profissional** (situações 1 a 4).

Situação 1: Na situação de opressor, tem-se **o médico** e, na situação de oprimida, tem-se a **própria Enfermeira Obstétrica M1**. Ela chegou ao plantão e foi assumir o cuidado a uma mulher que estava parindo. O médico entrou e disse que daria continuidade e a questionou de forma irônica em frente à paciente, acompanhante e equipe:

Enquanto eu estava prestando assistência, ele calçou as luvas e disse que queria dar continuidade. O que que eu fiz? Eu fiquei do lado dela ((da mulher)), ele assumiu o parto... tudo bem. E aí ele disse: 'E o centro cirúrgico?' Eu não tinha recebido o plantão, porque eu já cheguei prestando assistência àquele parto. E eu não sabia caso teriam algumas mulheres no espaço para cesárea. E ele me disse: 'Pra que pedir centro cirúrgico, né?'. Ele só soltava piada. Eu disse: 'Eu não entendi'. Porque eu demoro a entender maldade. 'Pode delegar uma pessoa pra solicitar o centro cirúrgico também não, né?' ((o médico disse)). Aí eu disse: 'O senhor está falando comigo? Porque eu nem recebi o plantão. E eu também nem sei se tem alguma indicação de cesárea. Na realidade, assim que eu cheguei, eu já vim prestar assistência a esse parto'. E aí ele soltou mais uma piada: 'Não precisa, né? Pra que centro cirúrgico?'.

M1 ainda destacou que o mesmo médico já respondia por vários problemas no hospital:

[...] ele é extremamente... PRECONCEITUOSO também. [...] ele se vê como um Deus. E muitas vezes outras pessoas vieram me dizer que ele teria destrutado tanto lá na sala de parto quanto no centro cirúrgico.

Enfrentando a situação de desigualdade, M1 **confrontou** o médico, logo depois de terminarem a assistência ao parto:

Olha, eu não gostei. [...] O senhor não estava aqui, mas eu já cheguei recebendo o parto. O bebê já estava nascendo, é tanto que o senhor só veio pra ocupar a luva, porque eu já estava com a mulher. E eu não aceito que o senhor fale comigo novamente daquela forma na frente de ninguém, porque eu sou Enfermeira Obstétrica, porque eu me dou o meu devido valor, eu sou tão importante quanto o senhor, quanto os outros profissionais que aqui estão. Todos nós temos a nossa importância aqui na equipe: eu, as técnicas, você, o maqueiro... [...] Vou fazer uma ocorrência pela forma que o senhor me tratou aqui na frente da paciente e da mãe dela. E amanhã com o seu chefe, eu vou repassar o caso pra ele também, porque eu não aceito isso. E eu fiz tudo que eu prometi, né? ((fala sorrindo)). Eu esperei o chefe e o chefe pediu pra não falar [...] não denunciá-lo no CREMEC ((Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará)), porque ele já tinha mais três denúncias. Poderia correr o risco de perder o título dele. Eu disse que não iria naquele momento, porque teria sido a primeira vez que isso tinha acontecido comigo, mas que se acontecesse uma outra vez, eu iria sim. E que ia ficar só na ouvidoria do hospital...

M1 disse que, atualmente, o mesmo médico lhe trata de forma bem diferente:

HOJE ele me trata MUITO BEM! [...] Mas, diferente ainda com outros profissionais. Eu já disse que enquanto a gente não se empoderar que nós somos importantes, seja eu Enfermeira, seja técnico, seja o que for... ele vai achar que vai definir o lugar.

Situação 2: Na situação de opressor, tem-se **o médico** e, na situação de oprimida, tem-se **a técnica de Enfermagem**. M1 viu o mesmo médico da situação 1 tratando a técnica de Enfermagem de forma grosseira:

No momento em que eu fui pro alojamento e a colega entrou na sala de parto, eu já vi ele destrutando uma técnica de enfermagem ((fala sorrindo)). Ele não percebeu que eu vi, mas ele já estava destrutando, sendo grosseiro com ela, entendeu? [...] Porque eu já prestei atenção que, quando eu estou na sala, parece que ele faz um esforço pra ele não destratar as pessoas.

Enfrentando a situação de desigualdade, M1 estava passando pelo local, viu a situação de longe e optou por não se envolver – pelo **silenciamento**. **Situação 3:** Na situação de opressores, tem-se a **técnica de enfermagem e o médico** e, na situação de oprimidas, tem-se a **própria Enfermeira Obstétrica M1 e outra técnica de Enfermagem**. M1 estava prestando os cuidados a uma paciente grave e fazendo os registros na evolução da paciente, porém a técnica de enfermagem e o médico não leram os registros:

Foi com relação à paciente com pré-eclâmpsia. Ela estava sendo monitorada/ os níveis pressóricos/ POR MIM, sendo todos registrados NA EVOLUÇÃO... E não nas anotações de enfermagem da técnica. E aí o que aconteceu foi que A PRÓPRIA técnica de enfermagem, pra colocar a colega dela numa situação complicada, afirmou que, durante toda a noite, não tinham sido feitos os registros de enfermagem. E só que ela foi falar com o médico. E o médico procurou a direção do hospital, dizendo que aquela paciente, durante toda a noite, não tinha sido registrados os níveis pressóricos.

M1 relata como se sentiu diante disso:

E aí, o que foi que aconteceu? Ninguém se atentou a isso, nem mesmo O MÉDICO e ele tipo foi levar que a culpa era mais minha, que era a Enfermeira do plantão, por não ter tido esse cuidado. E aí, foi uma verdadeira decepção...

Enfrentando a situação de desigualdade, M1 foi **chamada por sua coordenadora** para ser repreendida pela situação:

[...] quando a minha chefe de enfermagem me chamou, eu disse: 'Peça o prontuário!' As evoluções estavam completas, bem feitas, com todos os registros da... da pressão arterial da paciente PELA Enfermeira. E aí ela disse: 'Karla, me perdoe, porque o médico veio botar a culpa em você, que você enquanto Enfermeira não tinha se atentado a um erro da técnica, que não tinha colocado os níveis pressóricos nas anotações de enfermagem'. Eu disse: 'Olha, foi preconceito bobo dele, porque a evolução era minha e dele. E ele não se atentou à importância dos meus registros. Quiçá ele tenha lido, porque estavam todos registrados.' E aí ela me pediu mil desculpas.

Em outro momento, ela teve a oportunidade de **confrontar** o médico:

E eu disse pra ele: Olha, o que acontece é que a gente tem o prontuário como é... algo que tem que ser analisado. Então, a minha evolução ela não foi analisada pelo senhor, porque se o senhor tivesse olhado a minha evolução, o senhor teria visto os registros, mas [...] é muito mais fácil acusar, dizer: 'Oh, não fez. Não registrou. Não está', do que ter o trabalho de olhar a evolução por completa'.

Me pediu desculpa e, assim, aí depois veio até elogiar e disse assim: 'Não... é porque nem todas as Enfermeiras fazem assim, não tem esse cuidado com pacientes mais graves'. Foi resolvido, mas foi com acusação, entendeu?

Situação 4: Na situação de opressor, tem-se **o médico** e, na situação de oprimida, tem-se **a própria Enfermeira Obstétrica M1**. Ela pediu para que o médico anestesista avaliasse uma paciente, mas ele não o fez:

[...] uma paciente asmática, que eu cheguei e pedi o anestesista pra avaliar, porque ela não estava no O2 ((oxigênio)) e ela estava realmente muito cansada. [...] o anestesista estava do lado. E ele disse que eu era muito agoniada. Agoniada aqui é preocupada. Aí... ele não me deu nem oportunidade de falar e saiu. Mas depois eu soube que ele procurou a minha chefe pra perguntar porque que eu era tão agoniada ((fala sorrindo)). Graças a Deus, a minha chefe disse: 'Olhe, graças a Deus que ela é. Porque, no último plantão dela, se não fosse ELA, teria sido MUITO mais agravante o que aconteceu no hospital'. Que uma semana antes eu perdi uma menina, uma puérpera de 17 anos, por embolia pulmonar, no alojamento conjunto. E ela conseguiu passar pelo parto cesárea e a gente fez TUDO, TUDO, TUDO o que você imaginar e foi reconhecido o trabalho da enfermagem pelos médicos naquele dia. E eu estava recém-impactada ainda do óbito dessa menina. [...] ((a chefe)) disse: 'Olha, quando ela chegou no plantão, que ela viu a paciente asmática, qual que foi o papel dela? Resolver antes de complicar! ((fala sorrindo)). Porque ela já havia passado por um óbito recente'. E aí, ela tipo que chamou a atenção dele, entendeu? Então, assim, no lugar de achar bom encontrar profissionais preocupados com o SER HUMANO, profissionais humanizados, isso muitas vezes ainda é visto assim como uma... afronta, como se dissesse assim: 'Só quem poderia ter percebido ou era eu ou o médico, e não a Enfermeira'. [...] ((Desejo)) que isso acabasse de uma vez.

Enfrentando a situação de desigualdade, a reação de M1 foi o **silenciamento**, pois o anestesista não lhe deu oportunidade de um diálogo com ele no momento. **Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades**, M1 relacionou a situação de desigualdade a seguir ao **gênero** (situação 5).

Situação 5: Na situação de opressora, tem-se **uma mulher** e, na situação de oprimida, tem-se **a mulher M1**. A parturiente não queria que M1 a examinasse:

[...] eu calcei as luvas, fui examiná-la, ela disse que não queria que eu a examinasse, porque [...] eu era mulher e tinha as unhas grandes. Eu fiquei irritada, foi uma única vez. [...] ela disse: 'Eu quero ser examinada pelo O MÉDICO'. Aqui no Ceará, a gente ainda tem pessoas assim, com essa visão... Visão da importância do gênero masculino na assistência.

Enfrentando a situação de desigualdade, M1 **confrontou** a parturiente, explicando que estava ali para cuidar bem dela:

Eu mostrei pra ela ((mostrando as unhas das mãos)), minhas unhas são CURTÍSSIMAS ((fala sorrindo)). Eu tive que tirar a luva... Mostrar que eu não tinha unhas grandes, que em nenhum momento era meu objetivo machucá-la. Pelo contrário, eu estava lá pra examinar e dar o meu melhor pra ela.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M1 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **orientação sexual** (situação 6).

Situação 6: Na situação de opressora, tem-se **uma mulher** e, na situação de oprimidas, tem-se um **casal de mulheres lésbicas**. A técnica de Enfermagem se afastava em prestar o cuidado à parturiente e sua companheira:

Foi com relação a um casal de lésbicas. [...] Uma estava grávida, o bebê estava lá pra nascer, e A TÉCNICA, não foi nem o médico, A TÉCNICA/ ela não queria prestar a assistência como deveria prestar. [...] ela se afastava por várias vezes dela, não prestava o devido cuidado a ela...

Enfrentando a situação de desigualdade, M1 **confrontou** a técnica de Enfermagem:

[...] eu espero o momento certo pra falar pra não se repetir mais. E aí, ela falou: 'Como é que pode?' Lá nos bastidores comigo. 'Duas mulheres. Como é que ela ficou grávida?'. Eu disse: 'Olha, não interessa como ela ficou grávida. Interessa é que a gente está aqui pra FA-ZER só o nosso papel aqui. Então, assim, parar com essas histórias de que, porque a mulher tem a opção sexual dela, você não vai prestar [...] a atenção e o devido cuidado a ela. Isso não. Na minha equipe, eu não aceito'.

b) Desigualdades interseccionais:

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M1 relacionou a situação de desigualdade a seguir ao **gênero** e à **obesidade** (situação 7).

Situação 7: Na situação de opressor, tem-se **um homem** e, na situação de oprimida, tem-se **uma mulher obesa**. O médico, o mesmo envolvido nas situações 1 e 2, constrangeu a técnica de Enfermagem:

[...] foi com relação a [...] uma técnica de Enfermagem nossa, que ela é obesa. E ele também é obeso ((fala sorrindo)). E ele ficou pedindo pra ela sair do meio, que ela ocupava um espaço muito grande. Esse tipo de fato já aconteceu, foi constrangedor. [...] eram os primeiros dias dela lá na sala de parto, então, ela não sabia muito bem onde é que ficavam todos os materiais. Foi um horário que estava muito aperreado. E ela chegou até a perguntar a ele onde é

que ficava determinada coisa e ele tinha sido absurdamente grosseiro com ela. Nesse caso que aconteceu, ela estava do lado dele, na paredinha que eu te falei?! Aonde os médicos gostam, se sentem mais à vontade. E eu estava prestando assistência a outro parto lá no leito da própria mulher, que fica logo atrás. ((Senti)) MUITA RAIVA! MUITA raiva! Muita indignação...”.

M1 destaca que, até os dias atuais, ainda percebe esse médico destratar essa técnica:

Ela é muito educada e discreta e, acho que ela se sai de uma forma educada. Mas, vira e mexe, a gente vê que ele fica no meio pra ela passar... sabe? Ele é obeso também, entendeu? Então, não tem porque ele ficar questionando é... a estrutura física dela e dar a entender que ela está atrapalhando o plantão. Atrapalha? De forma alguma. Mas, ELA sabe que isso ainda acontece. Ela sabe!

M1 não relaciona a situação à **raça/cor** da mulher:

[...] com relação à raça... a questão de ser negro [...] não considero ter vivido isso. Eu vivi a questão da obesidade, que eu te falei dessa técnica. A questão do gênero, dela... dela ser assim.

Enfrentando a situação de desigualdade, M1 **auxiliou a mulher na situação de oprimida e dialogou com a sua coordenadora de Enfermagem** sobre o caso:

E eu não vi o que aconteceu. Ela depois realmente me contou e a gente levou o caso pra nossa chefe de Enfermagem. Aí assim, ela ((a coordenadora)) [...] tomou conhecimento do caso, mas, pelo que eu soube... [...] ele não foi chamado para diálogo, pra conversa.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M1 relacionou a situação de desigualdade a seguir ao **gênero e multiparidade** (situação 8).

Situação 8: Na situação de opressor, tem-se **um homem** e, na situação de oprimida, tem-se **uma mulher múltipara**. Chamou a atenção de M1 a forma como o médico despediu-se da puérpera, múltipara, que estava indo embora após alta hospitalar:

[...] com relação também ao gênero, foi assim [...] de um médico com uma paciente, e [...] ele soltar assim [...] aquela história: ‘Até o próximo ano!’ Ela era uma G5 ((quinta gestação)). ‘Até o próximo ano, né? Você já está levando o quinto, no próximo ano vem o sexto.’ Esse tipo [...] de violência que a gente vê com relação às múltiparas é grande.

Enfrentando a situação de desigualdade, M1 estava passando pelo local quando viu a situação. Optou por não se envolver – pelo **silenciamento**.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M1 relacionou as duas situações de desigualdades a seguir à **orientação sexual** e **ausência de acompanhante** (situação 9).

Situação 9: Na situação de opressora, tem-se **uma mulher** e, na situação de oprimida, tem-se **uma mulher lésbica, sem acompanhante**. A técnica de Enfermagem ficou chamando a parturiente de homenzinho e disse que era a Enfermeira Obstétrica M1 quem ficaria cuidando dela:

[...] em um centro de parto normal, que uma paciente chegou de cabelinho curto, bem curtinho. [...] realmente masculinizada, assim, o jeito, sabe? O andar. E a técnica disse: 'Olha, tua paciente chegou. Pra já parir. Vai que tu vai (sic) ganhar esse parto.' E eu fui. Quando eu cheguei no quarto, ela disse assim: '[...] Tu que vai ficar cuidando desse homenzinho aí'. E ela falou a ponto dela OU-VIR... dela OU-VIR! O que foi, assim, uma punhalada! Eu nem queria que ela ficasse perto de mim ((fala sorrindo)). 'Pode ir, pode deixar comigo'. [...] Eu preocupada da paciente ter ouvido aquela fala, entendeu? Eu acho que ela não ouviu, porque ela não abordou o assunto comigo. Devido à dor, né, a mulher fica naquele momento dela em transe e foi exatamente nesse momento em que ela estava. Já chegou em expulsivo.

Enfrentando a situação de desigualdade, M1 **confrontou** a técnica de enfermagem, questionando-a sobre sua atitude:

No final, eu voltei até ela. Eu disse: 'Olha, como é que você chamou a minha paciente de homenzinho? [...] Olha, eu acho que ela não ouviu, mas eu ouvi quando você chamou ela de homenzinho. E se ela tivesse ouvido, ela poderia ter levado o caso mais à frente. Você acha certo?'. Ela: 'Mulher, mas vem mentir? Que ela não tinha mesmo cara de homem? Como é que um homenzinho daquele fica grávido?'. Então, ela INSISTIU... E ela estava sozinha. Em nenhum momento, ela pensou, assim né, 'Eu sou técnica, eu preciso apoiar ela nesse momento, eu preciso estar do lado dela'.

c) Naturalização das desigualdades:

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M1 ficou em dúvida se a situação a seguir poderia ser considerada como uma situação de desigualdade relacionada à **classe socioeconômica** (situação 10).

Situação 10: Os envolvidos foram o médico e os profissionais da equipe de Enfermagem, incluindo M1. O médico se recusou a comprar a mesma pizza que M1 e algumas técnicas de Enfermagem:

A gente, às vezes, vai pedir no plantão [...] a pizza de dez reais. E um dos médicos chegou e não queria comer. A gente ofereceu a nossa pizza e ele disse: 'Não, eu estou esperando a minha pizza'. [...] aí ele pegou e falou assim: 'Vocês pediram qual pizza?'. Aí a gente disse: 'A pizza de dez reais'. Porque, né, pra gente é mais acessível pedir a pizza de dez reais. E aí ele disse: 'Não, de forma alguma eu vou comer essa pizza de vocês'. E a gente ficou só no ponto de interrogação, né? ((fez o sinal de interrogação no ar)). Será que a gente pode entender isso como um preconceito com relação à questão financeira? Ou não? [...] Ninguém discutiu isso. Mas ele também não comeu e disse: 'Eu não vou comer da pizza de vocês, porque essa pizza vai me dar dor de barriga'.

Enfrentando a situação, M1 optou pelo **silenciamento**, até porque não tinha certeza se era uma situação de desigualdade. Além disso, não conversou com as colegas após o ocorrido.

3.3 Enfermeira Obstétrica Negra M2

3.3.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M2, parda, 34 anos, solteira, tem uma filha, mora e atua em Buriticupu (MA). É formada como Enfermeira há nove anos e como Enfermeira Obstétrica há três anos. **Atua em um Centro de Parto Normal (CPN)**, que fica ao lado do hospital público, e na equipe de neonatologia do mesmo hospital, **nos setores de UCI (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais) e Canguru**. O CPN é organizado, bonito e tem cinco PPPs, além de bola, banquetas, escadinha para exercícios, camas reclináveis e uma banheira de hidromassagem. **M2 e suas nove colegas Enfermeiras Obstétricas – são duas por plantão** – atuam no acolhimento e classificação de risco da mulher, condução do trabalho de parto e parto e no pós-parto. Em caso de complicação materna e/ou fetal, solicitam a avaliação do obstetra, tendo fácil acesso ao hospital e ao centro cirúrgico. Relata que, mesmo tendo a banheira, a Enfermeira Obstétrica quase nunca assiste parto nela, porque as mulheres têm medo, devido à cultura de parto na cama ser melhor aceita por elas. Para a assistência ao recém-nascido, a equipe de neonatologia do hospital,

composta por pediatra, enfermeira e/ou técnica de Enfermagem é solicitada. Quando M2 está de plantão nessa equipe, vai ao CPN para auxiliar o pediatra na assistência.

A relação com a equipe é boa. M2 fala, em seu nome e de suas colegas Enfermeiras Obstétricas, que os técnicos de Enfermagem e os médicos confiam muito no trabalho das Enfermeiras Obstétricas. Quando M2 solicita o médico, ele não questiona e respeita o que ela fala. **A relação com as mulheres e famílias**, em geral, é boa. M2 e suas colegas de trabalho moram em uma região próxima ao CPN, sendo conhecidas pela profissão. Quando as mulheres solicitam a presença do médico e depois recebem assistência da Enfermeira Obstétrica, na maioria das vezes, elas querem continuar sendo acompanhadas pela Enfermeira Obstétrica. **Após se formar como Enfermeira Obstétrica**, M2 percebeu que sua atuação melhorou bastante no que se refere à humanização do cuidado à mulher e ao acompanhamento desde sua admissão no CPN.

Figura 7: Desenho esquemático do setor onde M2 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M2, e aprovado por M2, 2021.

3.3.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da Interseccionalidade:

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M2 relaciona a situação a seguir à **classe socioeconômica**.

Situação 1: Na situação de opressores, tem-se **os médicos e**, na situação de oprimidos, **os técnicos de Enfermagem** Esses últimos não foram chamados pelos médicos para participarem de uma atividade que estava acontecendo no hospital:

[...] os técnicos... eles se sentem mais desvalorizados. Acho que por conta de receberem menos e de às vezes os médicos não valorizarem tanto, né? A gente sempre vê essa questão. A gente acaba que vendo alguma desigualdade [...] pelos médicos receberem bem mais e a gente ter uma responsabilidade maior e acabar não sendo valorizada, né? De vez em quando sempre eles falam ((os técnicos de Enfermagem)). [...] Ontem a gente estava fazendo umas fotos, é... tipo aquelas da campanha agora do coronavírus. Pras pessoas ficarem em casa e tal. E aí faltaram alguns técnicos, porque eles estavam ocupados. E depois, assim, eles me falaram: 'Ah, eles não me chamaram, só chamaram só o pessoal que tem dinheiro'. Eu fiquei triste pelo fato dela pensar que foi por causa disso. Aí ela: 'Pois é, estava falando com os meninos que só chamaram quem tem dinheiro. Só porque a gente não ganha bem não chamaram', uma técnica ficou questionando ((fala sorrindo)). A gente fica ruim quando vê alguém falando sobre isso, né?

Enfrentando a situação de desigualdade, M2 **dialogou** com a técnica de Enfermagem, explicando que o motivo de não terem sido chamados não foi a questão de receberem menos, até porque a própria M2 tinha sido chamada:

Não, não foi isso não, eu fui chamada também, fui convidada pra fazer as fotos e a gente não sabia que vocês estavam lá no centro cirúrgico". [...] 'Ah não, é porque a gente ganha menos, só ficou o pessoal mesmo que... que tipo é mais valorizado'.

b) Naturalização das desigualdades:

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M2 relata que não viveu ou soube de mais situações de desigualdade em seu ambiente de trabalho.

Situação 2: Para exemplificar, M2 fala sobre um Enfermeiro e um médico:

Pelo menos aqui no meu trabalho, eu não observei ainda não. Inclusive, tem um colega meu que ele é home/homossexual e, assim, ele é um dos mais respeitados entre nós. Porque, assim, ele é muito profissional, sabe? Tem bastante experiência. E os médicos mesmo respeitam.

Não observo não. Até porque o médico que trabalhava comigo, ele até faleceu na semana passada em um acidente, ele era uma pessoa assim muito humana, sabe? Ele não tinha aquela questão de desigualdade. Tratava todos muito bem. Era uma pessoa maravilhosa. E então, eu não via muito nos meus plantões por conta disso.

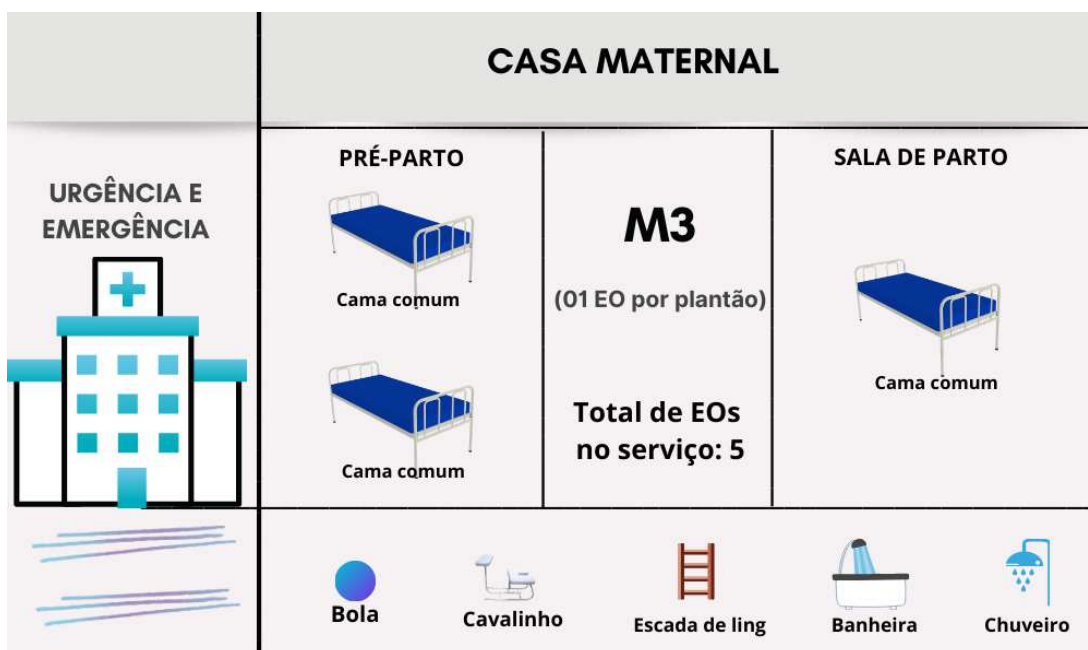
3.4 Enfermeira Obstétrica Negra M3

3.4.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M3, preta, 30 anos, solteira, não tem filhos, mora em Maceió e atua em Penedo (AL). Formada como Enfermeira há 10 anos, como Enfermeira Obstétrica há dois anos e também como Enfermeira Emergencista (urgência e emergência). **Atua na Casa Maternal** há dois anos. Anexa a essa instituição, tem-se a Urgência e Emergência, onde ficam o clínico geral e técnicas de Enfermagem. A Casa Maternal é aconchegante: tem bola, cavalinho, escada, banheira e chuveiro quente, mas ainda não possui cama PPP. O hospital de referência fica a 30 minutos. **M3 e suas quatro colegas Enfermeiras Obstétricas** atuam desde o acolhimento com classificação de risco da mulher até o pós-parto e alta. Possuem autonomia na tomada de decisão: estão literalmente sozinhas, em um plantão de 24 horas. Não tem técnicas de Enfermagem na equipe, nem médico obstetra; e o clínico geral não participa das decisões no cuidado. M3 admite, no máximo, duas mulheres por vez. Fica com medo de admitir qualquer paciente, por exemplo, sem exames de pré-natal e prematuros. Assistem de 15 a 20 partos por mês e prestam assistência à mulher e RN: se precisarem, solicitam auxílio das técnicas de Enfermagem da Urgência e Emergência. M3 costuma assistir a mulher no leito em que já se encontra. Dessa forma, é mais comum utilizar a sala de parto apenas para os cuidados iniciais do RN.

Sobre a equipe de trabalho, destaca-se o descontentamento das colegas Enfermeiras Obstétricas em atuar na área com a baixa remuneração, pois muitas delas precisam ter mais de um emprego. **Sobre as mulheres e famílias**, M3 relata que são receptivas à atuação da Enfermeira Obstétrica. Destaca que, durante o pré-natal, as gestantes visitam a Casa Maternal, com a Enfermeira da UBS, e são realizadas palestras sobre o parto e a assistência. Assim, as mulheres chegam mais instruídas no momento do parto. M3 relata que nunca teve problemas com a mulher no parto com relação à assistência prestada por ela. **Após se formar como Enfermeira Obstétrica**, M3 concluiu que a obstetrícia é a área com a qual mais se identifica e em que tem mais autonomia para a tomada de decisão. Relata que não tem muita experiência ainda na área e que pretende cada vez mais se aprimorar.

Figura 8: Desenho esquemático do setor onde M3 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M3, 2021.

3.4.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Naturalização das desigualdades

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M3 diz nunca ter vivido ou não ter reconhecido alguma situação de desigualdade relacionada à **raça e gênero** em seu ambiente de trabalho (situação 1):

Situação 1: Nessa situação, **os envolvidos são a própria M3 e outros colegas de profissão**. M3 diz que não reconheceu nenhum tipo de preconceito contra ela, nem seus colegas de trabalho nunca lhe contaram situações ocorridas com eles, relacionadas à raça e gênero:

Acho que eu sou a única negra que não sofreu nenhum tipo de ((risos))... de preconceito. Pelo menos que eu tenha entendido na hora, sabe? ((fala sorrindo)). Mas, assim, eu graças a Deus sou rodeada de muitos negros e negras, sabe? Tanto que, é... no meu trabalho, tem duas morenas, assim, sabe? Da minha cor, tal. E eu nunca [...] vivi é... uma situação. Nem nunca meus colegas de trabalho comentaram pra mim uma situação de desigualdade de gênero, né? Preconceito racial, né?

Enfrentando a situação, M3 **reconhece seus privilégios**, apesar de ter nascido em uma família negra:

Por exemplo, eu vim de uma família negra, mas eu fui muito privilegiada. Porque eu tenho colegas negros/ tenho amigas negras que não estão na mesma situação que eu. [...] Meus pais me deram a oportunidade de só estudar, enquanto eles trabalhavam. E já tem outros não, que tinham que trabalhar e estudar. Tanto que hoje é [...] não conseguiram associar os dois e só trabalham, porque senão iam morrer de fome. Eu fui privilegiada. Eu fui/ da minha classe, assim, do ensino médio à faculdade/ a única negra que tinha era EU. Eu nunca senti [...] nenhum tipo de preconceito em relação a isso. Mas, assim, eu observo... no decorrer da minha vida [...] que, em vários lugares, nos ambientes, tem poucos negros e mais brancos, entendeu? Por isso que eu digo hoje pra todo mundo: 'Eu sou uma negra e sou muito privilegiada de onde eu estou, porque, de onde eu vim, muita gente não chegou onde eu cheguei'. E é assim, eu fico triste também em relação é... às desigualdades sociais que a gente tem no Brasil, né?

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M3 diz não ter certeza se a situação que observou está relacionada à desigualdade devido ao **gênero**, ou **somente à vergonha da paciente** (situação 2):

Situação 2: Nessa situação, **os envolvidos são o enfermeiro (homem) e a paciente (mulher)**. M3 conta a situação de uma gestante que não quis ser atendida pelo enfermeiro durante uma consulta de pré-natal:

Eu acho que os homens nessa área são quem sofrem um pouco mais de preconceito. Eu já presenciei várias cenas de [...] muitas pacientes que não queriam ser examinadas por colegas enfermeiros, entendeu? Teve uma situação, acho que foi durante o estágio. [...] no estágio do pré-natal, tinha uma mulher que não queria se consultar, não queria entrar só. Aí eu entrei com ela e tive também que intervir, assim, né, pra que ele desse o andamento da consulta dele. [...] as pacientes tem muito preconceito. Acho que não é preconceito não, é mais vergonha, né, ((fala sorrindo)) de ser atendida. Não sabe diferenciar que... que ali é o profissional só, né?

Enfrentando a situação, M3 auxiliou o colega de trabalho e a mulher:

Aí eu entrei com ela e tive também que intervir, assim, né, pra que ele desse o andamento da consulta dele.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M3 não tem certeza se a situação a seguir está relacionada à desigualdade devido à **classe socioeconômica e escolaridade** (situação 3):

Situação 3: Nessa situação, **os envolvidos são técnicos de enfermagem**. M3 fala da distância entre técnicos de enfermagem que cursam o ensino superior e os que não cursam:

[...] eu não sei se vale a pena contar, mas eu observo muito com os técnicos de Enfermagem, né? Em grupinhos, sabe? [...] O grupo dos técnicos que já estão fazendo faculdade de Enfermagem e os que ainda estão... só atuando na área do técnico. Tanto no meu ambiente de trabalho atual como no antigo. [...] Eu não sei se é uma forma de... de expressar assim... desigualdade, né, social. Mas... É, exclusão mesmo. Exclusão na hora de jantar, na hora de comer, fazer um lanche e tal. Aí tem só aquele grupo, entendeu? Eu não sei se é afinidade também, mas eu observo que são, geralmente, as pessoas que estão num patamar melhor do que as outras. Sabe como é? Ah, eu fico [...] muito triste, né? Porque [...] nossa cultura, às vezes, não faz perceber que essas coisas existem. Por exemplo, eu vim de uma família negra, mas eu fui muito privilegiada.

Enfrentando a situação, M3 observa essa situação de longe, optando por não se envolver, pelo **silenciamento**, até por não saber se pode mesmo considerar tal situação como de desigualdade.

3.5 Enfermeira Obstétrica Negra M4

3.5.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M4, parda, 41 anos, solteira, não tem filhos, mora em Mossoró e atua em Assu (PB). Formada como Enfermeira há 19 anos e como Enfermeira Obstétrica há três, tem Mestrado Profissional em Saúde da Família há quatro anos. **Atua nos setores de pré-parto e parto, de um hospital com maternidade**, com cerca de 20 anos e que é referência para oito cidades. Atende partos de baixo risco e tem como referência uma maternidade para o alto risco, a 60 quilômetros de distância. O pré-parto tem três leitos, sendo dois com cama PPP. A sala de parto é grande e tem uma cama PPP. M4 considerava, há um ano, a sala de parto uma das mais antigas do Estado. Possui bola, cavalinho e um banheiro próximo ao pré-parto. O alojamento conjunto tem cerca de 15 leitos, berços e ar condicionado. Todos os dias são três Enfermeiros no hospital: um para o alojamento conjunto e clínica cirúrgica; um para clínica médica; e um para centro obstétrico e centro cirúrgico. A maternidade costuma ter uma equipe mínima de obstetra e anestesista, mas não tem pediatra. Quando não tem anestesista no plantão noturno, a paciente em trabalho de parto é transferida. Geralmente, ficam dois médicos (obstetra e/ou cirurgião), para atuarem caso necessite realizar uma cesárea.

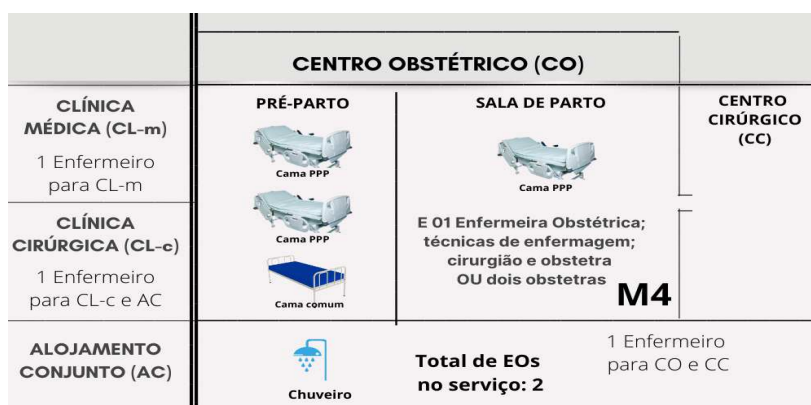
M4 e sua colega Enfermeira Obstétrica não tem grande resistência em assistir ao parto. A admissão é realizada pelos médicos e, muitas vezes, por mínima

situação de risco, como prematuridade ou qualquer alteração fetal, essa paciente é transferida. M4 sentia muita dificuldade, no início, pra trabalhar com massagem e com banho na hora de partejar: foi uma luta para que as mulheres entendessem esses métodos para alívio da dor. Geralmente, as mulheres são encaminhadas para a sala de parto e, quando é necessário ser no pré-parto, M4 coloca divisórias para separar os leitos e garantir um espaço reservado para a mulher. M4 presta também assistência ao RN, já que não tem pediatra. Ela participou da capacitação da equipe com relação à assistência à mulher e ao recém-nascido em sala de parto e ao acolhimento com classificação de risco.

Sobre as mulheres e famílias, M4 relata que algumas não conhecem o trabalho da Enfermeira Obstétrica. Apesar disso, tem uma relação tranquila e as mulheres não se negam de serem atendidas por ela, pelo fato de construírem um vínculo forte. **Sobre a equipe de trabalho**, M4 diz que os outros Enfermeiros têm certa resistência pelo trabalho desenvolvido pelas Enfermeiras Obstétricas: eles não gostam muito do setor e não tem interesse em aprimorar seu conhecimento. M4 relata que, quando chegou, as técnicas de Enfermagem se assustaram, porque era um local onde elas, de certa forma, mandavam. Com relação à equipe médica, a dificuldade maior é com os médicos que são mais antigos. Minimamente, eles respeitam M4 como profissional, no sentido de ouvir e considerar o que ela fala. Percebe que, quando está no plantão, os médicos lhe deixam mais à vontade, no sentido de não ficar indo direto no setor para ver como que está a evolução das pacientes. Não se sabe, também, se essa atitude é no intuito de diminuir o serviço para eles. No entanto, destaca-se que, aonde ela vai encontrando espaço, vai tentando se inserir. Assim, M4 relata que houve uma tentativa de olhar diferente e de ouvir mais os profissionais pela direção do hospital.

Após se formar como Enfermeira Obstétrica, diz que há cerca de 35% de partos normais na maternidade (antes era cerca de 18%). O projeto elaborado por M4 e outras duas Enfermeiras Obstétricas, que foram de sua turma no CEEOil, para que o centro obstétrico, vá para frente do hospital, com estrutura para três PPPs, mas depende muito de interesse e força políticos. Seu trabalho de conclusão do CEEOil foi a criação de fluxo e protocolo dentro desse hospital e, apesar de não ter conseguido executar todo plano de ação, percebeu a diferença na assistência das mulheres, no processo de trabalho e na estrutura da maternidade.

Figura 9: Desenho esquemático do setor onde M4 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M4, e aprovado por M4, 2021.

3.5.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da interseccionalidade:

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M4 relaciona as duas situações a seguir ao **gênero** (situações 1 e 2):

Situação 1: Nessa situação de desigualdade, na situação de opressores, tem-se **os técnicos de enfermagem** e, na situação de oprimidas, **as pacientes mulheres**. M4 fala da linguagem desses profissionais e a forma de tratar as mulheres:

Esses técnicos que se intitulavam de parteiros... [...]alguns já estão faltando dois, três anos pra se aposentar. Então você imagine qual era, assim, o modelo assistencial que esse pessoal replicava, né? Quando a gente chegou, a gente se deparou com vários absurdos assim... que a gente tira como se nem existisse mais. [...] O linguajar de não tratar bem a paciente, de falar coisas sobre a questão de 'Você está sentindo dor agora, mas antes você não sentia.', [...] 'Fique quieta!', [...] 'Você vai permanecer deitada aqui até a hora de realmente chegar a hora de seu bebê nascer.', de ter resistência para a entrada do acompanhante.

Enfrentando a situação de desigualdade, M4 optou pelo **diálogo com os opressores**:

[...] fomos aos poucos tentando mudar. Primeira coisa que a gente teve que fazer foi reciclar a assistência ao recém-nascido, assistência à mulher na sala de parto. Falar sobre acolhimento com classificação de risco, que era coisa que ninguém nem falava. [...] foi bem pesado. É tanto que o meu trabalho de conclusão ele foi exatamente a criação de fluxo e protocolo dentro desse hospital. Eu não vou dizer a você que tudo o que eu coloquei eu consegui

executar, mas é... percebo diferença [...] tanto na assistência das mulheres e de como acontece o processo de trabalho dentro do centro obstétrico, e também na parte estrutural, né?

Situação 2: Nessa situação de desigualdade, na situação de opressores, tem-se **os médicos** e, na situação de oprimidas, tem-se **as pacientes mulheres**. M4 fala de práticas violentas por parte de médicos:

[...] o Kristeller. É uma coisa que, quando eu cheguei, era uma coisa que eu fiquei HORRORIZADA. Faziam assim a três por quatro. 'Vem aqui dar uma ajudinha' [...] Muitas vezes eles pedem, né: 'Se espreme, se espreme, faça força!'

Enfrentando a situação de desigualdade, M4 optou pelo **confronto com os opressores:**

Aí eu disse logo: 'Eu nem faço e nem ninguém da equipe no plantão em que eu tiver vai fazer'. [...] em alguns momentos em que eu precisava ser mais enrijecida, eu fui. E eu percebia que assim que [...] ALGUNS [...] ficavam sem querer estar fazendo em detrimento de saber que eu estava ali. Ou em detrimento de saber que a opinião não era aquela, né? [...] De querer que a paciente fique conduzindo puxo. [...] eu disse: 'Ela vai fazer força quando ela quiser'. [...] no início, eu não fazia muito isso. [...] eu ia tentando ficar ali mais junto dela. [...] eu fui na verdade, sentindo, né, o terreno onde eu estava pisando.

M4 fala como tem agido diante de situações semelhantes a essa:

[...] a assistência ela não é no grito, nem na força que a gente vai se impor a entrar não, sabe? Mas eu acho que é nesse tipo de ir ganhando a confiança no sentido de mostrar a competência, de mostrar que você tem propriedade do que você está falando, que você tem embasamento, né? Ao ponto de começar a ter vergonha de praticar algumas coisas na sua frente, né?"

b) Desigualdades interseccionais:

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M4 relaciona a situação a seguir ao **gênero e classe profissional** (situação 3):

Situação 3: Nessa situação de desigualdade, na situação de opressor, tem-se **o médico** e, na situação de oprimida, **a parturiente**. O médico disse para a parturiente que seu bebê estava em sofrimento fetal e tinha que fazer cesariana, ainda que a mesma pedisse para ter o parto normal:

Infelizmente [...] o racismo estrutural, né, e principalmente essa questão do gênero mesmo assim, por ser mulher, né? Por ser mulher e estar ali numa situação de vulnerabilidade. Eu considero o maior momento de vulnerabilidade feminino, né, o momento do parto. Porque é imposição de tudo, né? De posição, de como vivenciar o momento de dor, de tudo. [...] por exemplo, uma paciente estar em trabalho de parto, estar evoluindo, num determinado momento [...] e ele queria terminar, resolver tudo pra, digamos assim, pra ter uma noite mais sem estar o tempo todo sendo chamado e chegou pra ela e disse: 'Olha, eu não vou mais esperar. O seu bebê está começando a entrar em sofrimento fetal.' E não tinha sofrimento fetal nenhum. 'E vou indicar cesariana'. E ela ficou insistindo pra ter o parto normal. Aí ele disse: 'Olha, é o seguinte: [...] se você quiser assumir a responsabilidade, o que acontecer agora daqui pra frente, [...] vai ser responsabilidade sua'. Então, presenciei várias situações de... de violência mesmo, né, de impor a hegemonia mesmo. Acho que não só médica, mas masculina também, sabe? A gente não tem nenhuma obstetra feminina não, sabe? [...] ((Eu sinto)) indignação, né, impotência.

Enfrentando a situação de desigualdade, M4 optou pelo **silenciamento**, sentindo-se sem reação diante do ocorrido:

Infelizmente, eu acho que a coisa é tão forte que [...] quando a gente presencia situações desse tipo, quando a gente é pego aqui de surpresa, é... a gente meio que paralisa [...] É tão forte a imposição masculina em algumas coisas que é como se [...] fosse extensivo à gente a condição de mulher e de não ter voz atuante naquele momento, sabe? E é bem difícil, né? Esse médico, em especial, ele é bem difícil. Foi um dos que teve mais resistência assim, é... em querer aceitar, sabe? Não a presença da gente, mas de não... de não aceitar muito opinião, né?

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M4 relaciona a situação a seguir ao **gênero/identidade de gênero e raça/cor** (situação 4).

Situação 4: Nessa situação de desigualdade, na situação de opressora, tem-se a **técnica de Enfermagem** e, na situação de oprimida, a **acompanhante da parturiente**. A técnica de Enfermagem não queria autorizar a acompanhante da parturiente a permanecer com ela:

Eu já cheguei a presenciar uma vez uma não aceitação de um acompanhante, porque era uma mulher trans. Não queria que ela permanecesse como acompanhante da paciente. E foi um movimento, porque aí essa pessoa foi atrás, foi acima e foi abaixo e impôs o direito e ficou. Eram as técnicas. AS não, uma delas. [...] eu posso elencar umas quatro, cinco técnicas e uns dois ou três médicos que são assim bem... O anestesista então, Jesus misericordioso! Um deles, né? ((risos)) É bem difícil.

Enfrentando a situação de desigualdade, M4 optou-se pelo **silenciamento**; a própria acompanhante da parturiente resolveu sua situação.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M4 relaciona a situação a seguir ao **gênero e raça/cor** (situação 5):

Situação 5: Nessa situação de desigualdade, M4 fala sobre comentários que **os colegas de trabalho**, na situação de opressores, fazem envolvendo essas questões. Traz, na situação de oprimidos **os técnicos de Enfermagem**:

[...] eu não lembro exatamente de uma situação onde tenha sido tratado diferente pela questão da raça, mas a gente percebe que as pessoas tratam de forma diferente assim, por exemplo, o técnico de enfermagem, né? [...] linguajar assim, não na frente da paciente, mas de chamar, né, 'É preta', [...] até de dizer que não contribuiu, que não ajudou com o processo, né? [...] Eu percebo que a questão é mais da questão feminina. A questão de raça tem, mas [...] É como se as pessoas tivessem, hoje em dia, mais receio de falar pra que a pessoa escute... é... que tem racismo. Fica muito nas entrelinhas ou fica muito na conversa entre os outros colegas de trabalho. Na opinião sobre aquela determinada paciente. Mas não [...] nitidamente, na frente delas [...]. Mas, eu falo que tem porque assim a gente tem lá tanto técnicas como médicos assim extremamente misóginos, sabe? Não só nessa questão de raça, de gênero, mas de orientação ((sexual)), de tudo... de modo geral. Então tem pessoas que realmente são bem... é... bem difíceis assim nesse sentido.

M4 fala como percebe essas situações de desigualdade após as eleições presidenciais de 2018:

[...] num tem nada a ver que eu digo pra conversa que a gente está falando aqui. Mas, no fundo, tem também. Mas é... eu percebo que houve uma mudança muito grande dessa exposição depois das eleições. Houve uma divisão forte que a gente percebe nitidamente dentro do setor, né? Tem médicos que são apoiadores de Bolsonaro e outros que não são. Tem os técnicos de enfermagem que são apoiadores de Bolsonaro e outros que não são. E, infelizmente, são essas mesmas pessoas ((apoiadores de Bolsonaro)) que se enquadram nesse... nesse perfil misógeno, né? Como se tivesse dado voz ou coragem, sabe?

Enfrentando a situação de desigualdade, M4 utilizou a estratégia de dizer ao opressor que não havia entendido o que ele disse:

[...] eu tento fazer aquela de não rir da brincadeira, né? Ou de perguntar, de questionar: "Não entendi o que você quis dizer". [...] eu

entro muito por esse lado nas minhas questões, né, de enfrentamento assim com as pessoas que são é... muito diferentes [...] da minha opinião. Eu procuro não ter um embate ali franco. Mas, assim, eu tento muito por esse lado de questionar o porquê? E, quando a pessoa é questionada, eu noto que a pessoa refaz o discurso, tentando minimizar, tentando abafar, né, o que realmente estava querendo ser colocado ali.”

M4 destaca a necessidade dos seus colegas de trabalho também terem uma postura de não concordância diante dessas situações:

[...] Não é fácil se posicionar, né, nessas situações assim. [...] é um trabalho lento. [...] por exemplo, eu falo isso do dia em que eu estou lá, mas e o dia em que eu não estou? Porque tem pessoas que não entram no setor, enfermeiros que não querem permanecer lá ou pessoas que não tem a mesma postura que eu. Aí aquela assistência, naquele dia, as pessoas que vão estar ali naquele momento talvez sintam mais.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M4 relaciona a situação à **raça/cor, condição socioeconômica, nível de escolaridade** (situação 6):

Situação 6: Nessa situação de desigualdade, na situação de opressores, tem-se os **médicos** e, na situação de oprimidas, **as pacientes mulheres**. M4 fala da diferença de tratamento entre as mulheres e que isso já foi motivo dela ser convocada pelo Ministério Público para explicações:

[...] tem os dias que [...] determinados médicos que fazem um agendamento... em que aquelas pacientes chegam muitas de uma vez, aquelas do consultório. Então você percebe que, naquele dia, ele chega a fazer dez cesáreas. [...] aquela que não é do consultório é aquela paciente que muitas vezes vai ficar sendo partejada ou que, por exemplo, chega e vai ter uma conduta expectante. E que, às vezes, ele só faz a intervenção cirúrgica, quando ele quer aquela história de limpar o plantão. [...] se for fazer um perfil das mulheres que tem parto normal no hospital, talvez apareça [...] que a maioria delas é parda e negra, ou [...] tem baixo poder aquisitivo, é... escolaridade, né? Isso é um olhar meu diante do serviço, né? [...] não que eu esteja dizendo que o parto cesárea [...] é uma bonificação pra quem tem uma condição social, quem faz, digamos, o pré-natal com um ou outro obstetra. Mas, é que, infelizmente, acaba sendo. Quem tem condição acaba tendo acesso, digamos assim, pra elas, a um tipo de parto menos doloroso, um tipo de parto né, na cabeça delas, melhor. Aí eu não sei se a gente pode até pensar se é uma vantagem ou uma desvantagem ((fala sorrindo)).

((O hospital)) É 100% SUS. [...] mas aqui a maioria dos obstetras, né, eles meio que fidelizam o pré-natal no consultório privado, ultrassonografias e agendam né, veem a data provável do parto e

tentam alinhar ali com a data em que eles estão de plantão para: 'Ah, vamos lá que tal dia eu vou fazer a sua cesárea'. Como é ele quem está no plantão, ele vai indica, interna, indica a cesariana e faz. Já houve assim, né, já houve denúncia no Ministério Público. [...]E teve um momento em que eu fui chamada no Ministério Público para falar sobre isso. Porque era que num determinado plantão de A, B ou C tinha um número maior de cesarianas, né? Existe uma indústria, na verdade que eu digo assim, uma geração de dinheiro não só pra ele, para o médico. Porque o que ele ganha, não é que ele cobre por fazer a cesariana dela/ não cobre o valor pelo procedimento. Ele acaba ganhando, porque aquela paciente paga as consultas de pré-natal, paga as ultrassonografias, e ainda vai gerar uma AIH. Gera a AIH e ele ainda vai ganhar por produtividade. Então, o anestesista também é conivente, porque ganha a produtividade. [...]a produtividade dos médicos ela é paga em um valor bem acima da gente. Enquanto, por mês, você ganha de produtividade digamos entre 150, 160, [...] tem médico lá que chega a ganhar 10 mil reais só de produtividade.

Enfrentando a situação de desigualdade, M4 **dialogou** quando foi convocada pelo Ministério Público sobre a denúncia que houve no hospital, mas receosa das consequências que poderiam existir:

É uma situação complicada, porque é... a gente fala, mas a gente se compromete muito naquilo que a gente está falando. E, infelizmente, [...] a gente teme pela vida da gente também. Porque não estou dizendo que tenha pistoleiros não, mas... é uma indústria. Então assim é uma fábrica, pra eles, de dinheiro ali. Então, é complicado ir de frente com algumas coisas, né?

3.6 Enfermeira Obstétrica Negra M5

3.6.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M5, parda, 44 anos, divorciada, tem dois filhos, mora e atua em Uberlândia (MG). **Formada como Enfermeira** há 10 anos e como Enfermeira Obstétrica há três anos. **Atua nos setores de pré-parto e parto de uma maternidade pública**. Antes do CEEOII, M5 era chefe do Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia do hospital, que está em superlotação com frequência. Nesse setor, ficam pacientes em trabalho de parto, oncológicas, em situação de abortamento e vítimas de violência sexual. A mulher é classificada pela Enfermeira, admitida pelo médico e, se necessário, encaminhada para a sala de observação. O Pronto Socorro possui dez leitos: oito dispostos em um quarto grande e dois na sala de observação, destinados às mulheres que aguardam a evolução do trabalho de parto (geralmente até seis centímetros de dilatação se for primigesta e quatro se for múltipara) para depois

irem ao pré-parto. O pré-parto possui três PPPs, onde a mulher fica até duas horas depois do parto, sendo depois encaminhada para o alojamento conjunto. Se for cesárea, ela fica em um espaço ao lado dos PPPs. **M5 e suas três colegas Enfermeiras Obstétricas** assumem a assistência da mulher. M5 trabalha na segunda-feira, ficando 24 horas – “dia da Enfermagem Obstétrica”, padronizado pela maternidade – e mais 12 horas em outro dia.

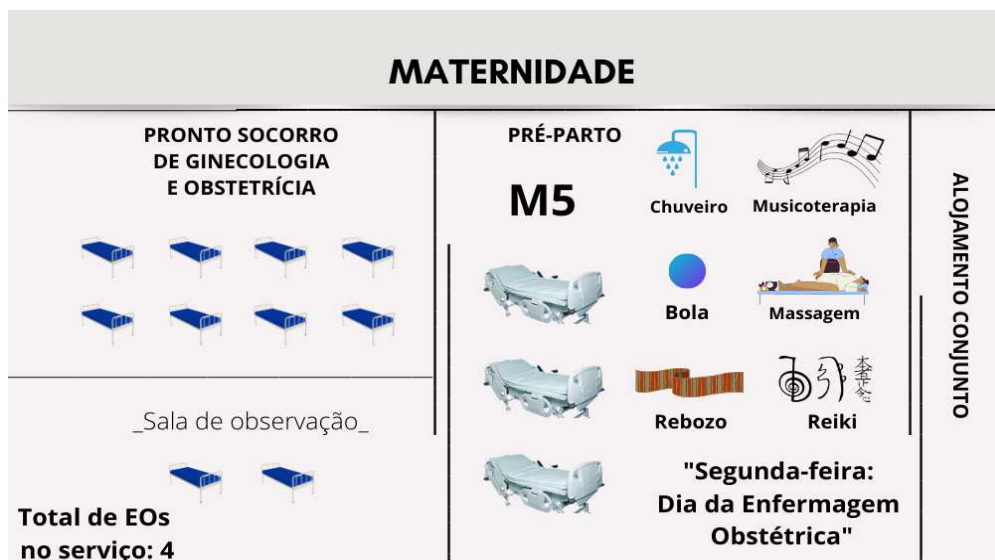
M5 considera que está na linha de frente da Enfermagem Obstétrica na assistência, pois, entre suas colegas, ela é a que está à frente da resolução das situações. Ainda relata que estão tentando ampliar essa atuação para além da segunda; no entanto, não existem Enfermeiras suficientes. M5 relata que a partir do momento em que a mulher está no PPP, independentemente de a assistência ser total dela ou multidisciplinar, ela está com a paciente e a oferece, junto com as técnicas de Enfermagem: massagem, musicoterapia, rebozo, reiki, bola e apoio emocional. M5 diz que nem sempre recebe o bebê no momento do parto, mas faz a assistência total da mãe. Muitos médicos-chefes, que apoiam a Enfermagem Obstétrica, chamam M5 para tentar acalmar a paciente e orientá-la, até mesmo enquanto está no Pronto Socorro. Além disso, M5 é preceptora de Enfermeiras do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica, pela Universidade Federal de Uberlândia, às segundas-feiras.

Sobre a sua equipe, M5 diz que, quando perceberam que a Enfermeira Obstétrica começou a ganhar espaço, sentiu muita resistência dos médicos. Mas, atualmente, percebe que eles começaram a chamá-la mais e a sentir falta da Enfermagem Obstétrica nos plantões. **Sobre as mulheres e famílias**, M5 fala que sua experiência tem sido muito positiva. M5 diz que as especializadas que ela preceptora estagiam também no posto de saúde, que é a referência de muitas das puérperas atendidas por ela. Assim, consegue, muitas vezes, ter um *feedback* da satisfação das mulheres com a assistência recebida na maternidade, que tem sido positivo. O *feedback* é informal; ainda não há linha de pesquisa nesse sentido.

Após se formar como Enfermeira Obstétrica, M5 contribuiu para a mudança do acolhimento e classificação de risco das gestantes, por meio do seu projeto de intervenção: antes, utilizavam a Classificação de Manchester e passaram para a Classificação de risco em obstetrícia, possibilitando uma classificação mais fidedigna. Além disso, havia muito transporte inadequado vindo da UAI e dentro do hospital. M5 fez reuniões com direção, chefes de setores e equipe e muitas pessoas

lhe acusaram de ter aumentado a demanda de trabalho. No diagnóstico de avaliação da implantação do Apiceon, o acolhimento e classificação de risco foi o único requisito bem pontuado no hospital, o que criou uma imagem positiva diante da direção, que antes não estava tão favorável à implantação. A resolutividade no atendimento melhorou bastante, porque o médico primeiro atende a paciente encaminhada pela Enfermagem, para só depois admiti-la no sistema. Antes da inserção da Enfermagem Obstétrica, eram 75% de cesáreas; atualmente, são 65%. M5 e suas colegas estão tentando garantir uma boa assistência à puérpera no centro obstétrico, aplicando MEOWS (*Modified Early Obstetric Warning System* – Sistema de alerta obstétrico precoce modificado). Iniciou-se o primeiro curso CEEO, pela Universidade Federal de Uberlândia (uma extensão do trabalho desenvolvido pelo CEEOII). Para M5, o CEEOII foi um divisor de águas em sua vida, porque além de ter se aprimorado e descoberto essa paixão pela obstetrícia e pela saúde da mulher, também consegue transmitir seu amor pela Enfermagem Obstétrica, mas baseado no conhecimento científico, com segurança para a paciente e assistência qualificada.

Figura 10: Desenho esquemático do setor onde M5 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M5, e aprovado por M5, 2021.

3.6.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M5 relaciona a situação de desigualdade a seguir à **etnia** (situação1).

Situação 1: Na situação de opressores, tem-se **os médicos** e, na situação de oprimidas, **as pacientes mulheres**. M5 fala sobre a assistência às mulheres haitianas:

Uma situação que a gente vivenciou muito de preconceito também são os haitianos, sabe? Eu vejo muito relacionado assim à etnia deles. 'Ah, esse povo...'. E chacota, sabe? Situações assim, porque [...] a paciente não entende o que você está falando... Mesmo não conseguindo falar, é... comunicar inteiramente com a paciente, mas eu consegui intervir em algumas situações. Paciente, por exemplo, não queria que tocasse... e eles insistindo: 'Tem!'. Aí ela tirando a mão e eles colocando.

Enfrentando as desigualdades, M5 **confrontou os opressores e auxiliou a paciente:**

Eu falei: 'Não. Vai nascer. De qualquer jeito vai nascer. Ela tem direito de falar não.'

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M5 relaciona a situação de desigualdade a seguir à **condição socioeconômica** (situação 2).

Situação 2: Na situação de opressores, tem-se **os médicos** e, na situação de oprimidas, **as pacientes mulheres**. M5 fala da diferença na forma de tratar as pacientes:

[...] eu vejo que não é TANTO relacionado, pelo menos lá no serviço, quanto à nossa cor. É... Eu vejo mais relacionado quanto à condição financeira. [...] Só que quando você percebe que a pessoa é menos esclarecida, que a pessoa é de uma classe média mais baixa, é de uma classe social baixa, eles abusam. Entendeu? Aí eles querem fazer procedimentos desnecessários, mandam a pessoa calar a boca porque ela está gritando demais. Então, são situações que são terríveis de se ver. A mesma pessoa tratar uma paciente, que é paciente dele lá do consultório e tratar a outra pessoa, sabe? [...] Pra mim, é revoltante. E, infelizmente, eu vi algumas situações sim.

Enfrentando as desigualdades, M5 optou pelo **silenciamento**. **Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades**, M5 relaciona as situações de desigualdade a seguir à **classe profissional** (situações 3 e 4).

Situação 3: Na situação de opressora, tem-se a **médica** e, na situação de oprimida, a **própria Enfermeira Obstétrica M5**. A médica chegou para avaliar a paciente, mesmo sem ter sido chamada por M5:

[...] infelizmente, na minha realidade também, a equipe técnica que não é favorável ao parto normal, foi lá e chamou a chefe, falou: [...] 'A paciente está sofrendo demais. Está deixando ela sofrer muito tempo. Ela já está há oito horas em trabalho de parto. Tem que resolver isso. Vai lá, dá um jeito.' E assim [...] da chefe chegar e entrar na situação: 'Eu vim tocar a paciente', eu: "Mas por que doutora? Está tudo bem. Está evoluindo bem." Mostrei o partograma, tentei uma discussão. 'Não, não quero saber disso não. [...] eu vou tocar, porque eu vim cá para te ajudar.', conversando com a paciente, assim, me ignorou [...]: 'Eu vim cá para te ajudar. Pode ficar tranquila. Eu vou resolver sua situação.' E era uma paciente que queria o parto normal, que já tinha sido orientada. Aí ela olhou e falou assim: 'Mas, não está normal? A Silvia me falou que está tudo normal. Eu estou só cansada. Eu estou descansando um pouquinho.' Ela ((a médica)) falou: 'Não, você já está cansada demais. Isso aí já não está normal. [...] Pode deixar que eu vou te ajudar. Vou tocar e vou te ajudar.' Tocou, falou que o toque que eu tinha tocado e que mais duas pessoas tinham tocado estava errado. Que estava bem menos. Então ela estava de oito centímetros. E aí ela ((a médica)) falou: 'Não. Está de seis centímetros. Nossa, vai demorar demais, você já está muito cansada! Então eu quero te ajudar. Estou te OFERECENDO uma cesárea agora.' Isso mexeu MUITO comigo [...] a ponto assim de me dar uma travada, sabe? De falar assim Não, eu desisto. Não quero... não quero viver essa situação mais. [...] Eu fiquei no chão.

Enfrentando as desigualdades, M5 confrontou a opressora:

[...] aí eu discuti com a chefe na frente dos residentes, [...] no meu ver, eu não me sinto errada por ter feito isso, porque eu estava defendendo uma situação com conhecimento e embasamento científico que era correto, que eu acredito que é o correto, que estava tudo normal, que não tinha risco ainda para a paciente. E ela menosprezou totalmente o meu conhecimento e discutiu até com as residentes. Eu falei: 'Não, eu não concordo com seu toque. A situação não é assim. Passei a situação para as residentes, está tudo certo, já discuti com elas.' Inclusive, na frente dela ((da residente)) mesmo, eu falei: 'Inclusive falei com você, Fulana.', que era residente que eu tinha, R3, [...] foi a chefe de plantão daquele momento. Falei: 'Você concordou com... é... conduzir mais um pouco, porque é da vontade dela...'. E ela: 'Não, mas se a chefe falou, acabou. Acabou, Silvia! Para a discussão! Não. Pode ser que eu tenha errado o toque mesmo, você tenha errado, deve estar de seis centímetros.' Eu falei: 'Não. Vocês estão brincando, né?'. E aí, eu fiquei MUITO brava. [...] aí eu comecei a sair pra fora, chamei a médica e falei: 'Eu não aceito esse tipo de atitude. Você está menosprezando o meu trabalho, a minha postura diante da paciente. Você vem aqui como se fosse uma salvadora, parecendo que eu

estou maltratando a paciente. Isso foi em comum acordo. É uma escolha dela. Ela tem direito de escolher’.

M5 relata como a médica reagiu após seu enfrentamento nessa situação:

[...] essa chefe começou a me boicotar. Ela era do dia da Enfermagem Obstétrica. Ela indicava todas as pacientes ((para cesárea)). [...] Chegava lá em trabalho de parto, ela indicava. E, assim, não tem como provar isso, porque assim uma indicação a gente não pode, né, discutir. Mas, assim, ficou implícito pra todo mundo, sabe, essa situação. A gente conseguiu mesmo com um dia uma mudança de comportamento, de índices, de indicadores de satisfação. E, dentro dessas evidências, ela começou a boicotar, sabe? Começou a mudar os indicadores. Então, assim, depois da situação, subiu de novo o índice e foi assim, sabe, a ponto de GRAÇAS A DEUS [...] a direção perceber a mudança dos dados e [...] perguntar o que estava acontecendo. [...] hoje, [...] as pessoas não estão mais assim nessa disputa, mas eu tenho que pisar em ovos, sabe? Assim, eu tenho que ter muita certeza de quando discutir, se realmente vai ser necessário. É... Discuto com outra Enfermeira Obstétrica que tiver ali junto comigo, pra DEPOIS assim ‘Oh, essa situação realmente não é confortável. Realmente pode levar um risco pra mãe e pro bebê.’ Então eu chamo. Porque eu sei que TODA VEZ QUE EU CHAMO é indicada ((cesárea)).

Situação 4: Na situação de opressores, tem-se **os médicos** e, na situação de oprimida, tem-se **a própria Enfermeira Obstétrica M5**. Conta sobre experiências de discussão de caso de uma paciente com o chefe-médico:

[...] tem situações em que eu [...] precisei de solicitar é... uma discussão com o chefe e ele se recusou. ‘Não, eu não discuto com a Enfermagem Obstétrica’. E isso foi bem difícil, sabe? [...] de ser ignorada. [...] Primeira situação que eu vivenciei. [...] foi uma taquicardia fetal e, assim, evoluiu logo em seguida para uma bradi e foi [...] bem complicado, porque não é uma situação que eu, Silvia Regina, estava querendo discutir ou estava em pauta [...] um desejo meu. Era uma necessidade da paciente, entendeu? E isso mexeu muito comigo. Foi a primeira vez que eu senti o impacto mesmo que a gente estava provocando ali naquela instituição. E a partir [...] desse momento, surgiram outras situações, sabe? [...] de, por exemplo, o chefe chegar e você está conduzindo o trabalho de parto, ele achar que está demorado demais, né, ‘Não, tem que resolver essa situação’. Então assim, coisas assim ridículas que desmotivam muito a nossa atuação, pelo menos assim, nesse momento, me deixou bem desmotivada, porque a paciente realmente estava com sinais de cansaço, exaustão, mas era aquela situação de que toda paciente apresenta. Com oito centímetros de dilatação, chegando perto do expulsivo. E eu respeitei esse momento dela de querer descansar, de querer ficar quietinha.

Enfrentando as desigualdades, M5 optou pelo silenciamento.

b) Desigualdades interseccionais

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M5 relaciona a situação de desigualdade a seguir à **raça/cor, à condição socioeconômica, ao fato da vítima ser usuária de drogas e de estar sem acompanhante** (situação 5).

Situação 5: Na situação de opressor, tem-se **o médico** e, na situação de oprimida, **a parturiente**. M5 conta que a paciente chegou em período expulsivo na maternidade:

Da paciente chegar, era usuária de drogas, né, não tinha acompanhante. E essa situação ficou bem marcada pra mim, porque ela não tinha acompanhante, chegou muito apreensiva, num trabalho de parto expulsivo e aí, ao invés dela ir encaminhada para o pré-parto e ter toda uma assistência, eles quiseram encaminhar a paciente para a sala, né, cirúrgica. “Não, eu vou passar um F... pedagógico”. Eu falei: ‘Mas por que?’ ((fala sorrindo)).

Enfrentando as desigualdades, M5 confrontou os agressores e auxiliou a vítima, orientando-a sobre seus direitos naquele momento:

E aí, eu comprei uma briga com o chefe. A paciente estava no expulsivo, não tinha nenhuma evidência de que ela tivesse nenhuma cicatriz... Ela gritava assim muito, ela estava muito desesperada, mas eles usaram disso pra menosprezar, sabe, a paciente. Por ela ser negra, por ela ser de... de classe média baixa. E aí, eu me empoderei da situação de novo ((fala sorrindo)). Eu falei: “Não. Eu estou acompanhando ela.” “Aí as residentes olharam assim e eu comecei a acalmar ela, tudo. Aí ele falou: “Não, nós vamos fazer o fórceps”. Eu falei no ouvido dela: “Porque? Porque fórceps? Ela não está com taquicardia. Não está com risco para o bebê. O bebê está aparecendo já. Ela faz a força correta. E porque um fórceps?” Aí o médico já ficou assim... aí a residente: “Uai...”. Eu falei: “Não, não tem nada que justifica. Não tem evidência nenhuma que justifica.” E aí, já me posicionei, sabe?”

M5 fala sobre a importância de ter se posicionado naquela situação:

Eu nunca comprei uma briga assim tão grande nesse sentido. Mas eu urgenciei (sic) essa situação, vi que era realmente uma situação de que estava aproveitando, sabe, da situação de fragilidade dela [...] ‘Não, mas ela aí oh, você não está vendo? Ela está descompensada. Não está nem vendo.’ ((disse o médico)). Eu falei: ‘Não, mas eu estou. Eu estou vendo.’ ‘E aí ela tem direito de escolher.’ [...] Aí eles falaram: ‘Não, vou passar o pique.’ Aí eu falei: ‘Oh, você não precisa aceitar. Você pode se recusar. Você quer?’. Aí ela: ‘Não, não quero.’ Aí ela já começou: ‘Eu não quero que faz isso, eu não quero que faz aquilo’. E foi bem difícil, porque aí eles largaram a paciente lá, sabe? Eu fiquei do lado dela. Aí só ficou uma residente. E o chefe falou: ‘Não precisa de mim aqui. Então, você já está acompanhada.’ Como se der merda, tem gente que vai resolver. E, GRAÇAS A DEUS, não

deu. Nasceu sem episio, nasceu sem fórceps. Mas foi muito difícil, porque eu me vi naquela situação, sabe? De fragilidade, de chegar num lugar que não tem ninguém pra defender você e você ser exposta a toda uma intervenção desnecessária, sem... Isso me revoltou, me revoltou muito, porque eu JÁ vivenciei situação comigo, entendeu? Mas, quando foi com a paciente, aí eu consegui me impor mais, sabe?

c) Naturalização das desigualdades

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M5 tem dúvida se a situação apresentada a seguir está relacionada à desigualdade por **raça/cor** (situação 6). No início da entrevista, M5 disse que não tinha vivenciado situação de desigualdade relacionada à raça/cor, porém, quase ao final da entrevista, ela cita essa situação.

Situação 6: Nessa situação, **os envolvidos foram membros da diretoria do hospital e M5**. A Enfermeira Obstétrica M5 fala de quando teve a oportunidade de mudar de cargo na maternidade:

[...] eu não sei nem se é porque eu sou a única negra lá no setor, né? Que eu me considero parda, negra. [...] quando eu comecei o curso de Enfermagem Obstétrica, eu ainda atuava na chefia, né? Já era inserida nos projetos. Porém, eu não tinha muita voz. Por que eu não tinha muita voz? Porque eu não tinha tanto embasamento científico necessário às discussões. [...] E aí, quando eu, na posição de chefe de setor, empoderada da informação que eu já estava tendo sobre a paciente, sobre o direito dela/ por exemplo, um dos indicadores que a gente teve uma mudança muito grande: episiotomia. Então, assim, esses assuntos sempre eram polêmicos nas discussões de chefia, na assistência ao trabalho de parto, então, eu sempre defendi muito a paciente. Quando eu comecei a fazer o curso, eu fiquei pior do que eu era, porque aí a minha defesa foi respaldada em conhecimentos científicos ((fala sorrindo)). Então eu briguei MAIS ainda. E eu vivi situações, assim, por ser negra, [...] de exclusão mesmo, de 'Não, a sua fala não é importante'. Ser ignorada é... em algumas situações e eu ter que me fazer ouvir. E, assim, isso porque eu estava na chefia, estava na direção. Aí eu fui indicada como coordenadora de um projeto de violência sexual, por estar à frente do serviço, pela equipe que toda ali achou que eu tinha capacidade de ser, né, essa coordenadora e eu ser retirada. Quando a proposta chegou na direção, 'Não, você... Quem é você? Pra ser coordenadora de um projeto tão importante no nosso hospital?' Então, eu senti: 'Você é só a Enfermeira Obstétrica'. [...] eu senti, assim, [...] um preconceito muito grande, sabe? É... Da direção, das chefias que estavam ao redor. Porque, assim, como eu era a única servidora FAEPU ((Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia)), então, assim, eu era... o meu contrato é CLT, então, assim, a situação ficou pior ainda. Porque aí a pessoa: 'Não, você é FAEPU'. Porque muitas vezes eles esqueciam. Como eu ficava muito mais na... como que eu posso te falar? Eu ficava mais quieta antes,

né, nas discussões, eles se esqueciam que eu era FAEPU. [...] tanto é que mudaram uma normativa que chefe de setor só podia ser UFU ((Universidade Federal de Uberlândia)), por conta dessa situação que teve. Então, assim, eu senti nesse momento que teve um preconceito. É... Não ficou explícito, é... pela minha condição, entendeu? Mas, pra mim, ficou implícito. Então, quem sou eu? Entendeu? Uma negra, que se destaca na direção, que é conhecida em TODO o hospital, tem uma influência pela equipe de trabalho, mas que não pode sobrepor a algumas decisões importantes. [...] Então, eu me senti muito desvalorizada. Não sei necessariamente se foi a esse ponto, então assim, a conotação da cor... Mas, assim, eu sei que eu me senti, né, desvalorizada. Totalmente.

Enfrentando as desigualdades, M5 confrontou a direção:

Eu falei: 'Então, se eu não sirvo... eu, Silvia, negra, não tenho um mestrado, um doutorado, não sirvo para ser coordenadora de um núcleo de violência que vai mexer com... porque aí vinha muita verba pro hospital, a coordenadora ela resolvia muitas questões, né, decisivas para o hospital, para o atendimento do hospital. Aí eu cheguei na direção e falei. Falei: 'Se eu não sirvo para ser essa coordenadora, eu também não sirvo para ser chefe de setor. Eu estou entregando meu cargo de chefe de setor'. [...] como a gente tinha todo aquele plano de ação, né, proposta de inserção da Enfermagem, eu falei: 'Não, eu quero ir para a atuação'. Então, foi quando eu fui designada para a atuação. Entendeu?

3.7. Enfermeira Obstétrica Negra M6

3.7.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

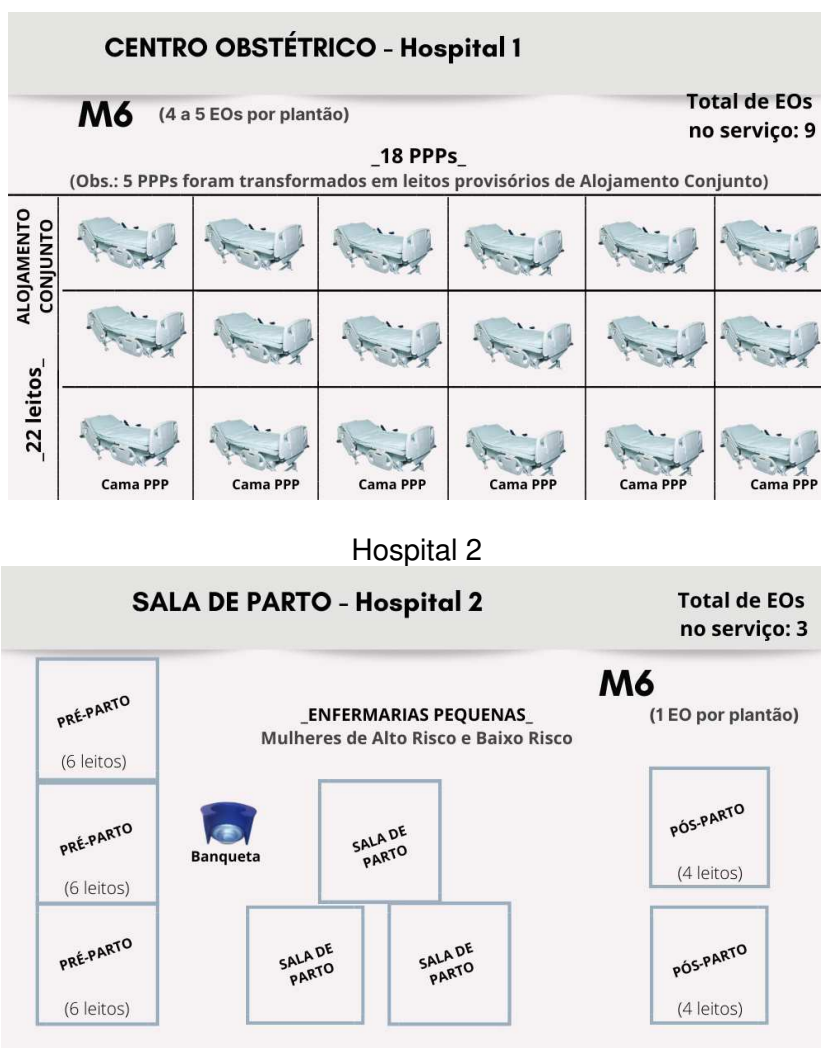
M6, parda, 48 anos, casada, tem dois filhos, mora e atua em Natal (RN). Formada como Enfermeira há 13 anos e como Enfermeira Obstétrica há três anos, **atua em duas maternidades. No primeiro hospital**, M6 relata que a grande satisfação é terem suítes PPP. Isso desperta o desejo das mulheres de irem para lá. São 18 PPPs e 22 leitos de alojamento conjunto. A maternidade foi criada com o intuito de ser referência e tem conseguido. **No segundo hospital**, M6 relata que tem mais dificuldade de atuar, por ser sala de parto (não é PPP). É para alto risco, mas também atende os casos de baixo risco. É mais voltado para a assistência médica e o Enfermeiro fica mais na supervisão. Atualmente, M6 está conseguindo mais espaço, mas bem longe do que gostaria. As enfermarias são pequenas e não têm como separar as mulheres de acordo com os casos clínicos. Há pouco tempo, chegaram banquetas que só foram usadas por Enfermeiros, e mesmo assim, descredenciadas por outros profissionais. **No primeiro hospital, M6 tem oito colegas**

Enfermeiros Obstétricos, sendo um homem; no plantão, compõem-se de quatro a cinco. Porém, nesse período de pandemia, estão com dificuldade de recursos humanos. Diz que as pacientes têm dado a ela muita confiança em deixá-la trabalhar e isso é satisfatório. Diz também que a equipe tem buscado cada vez mais o parto humanizado e tem conseguido implementar as boas práticas no serviço, buscando sempre se atualizar.

No segundo hospital, M6 tem duas colegas Enfermeiras Obstétricas, sendo uma por plantão. Tem dificuldade em se dedicar a partejar uma paciente, devido ao pequeno número de Enfermeiras Obstétricas e à assistência ser voltada para o médico. **Sobre a sua equipe,** M6 diz que ainda tem muita resistência com a equipe médica. Tem médicos colaborativos, com os quais sente prazer e satisfação em trabalhar, e que se integram na equipe com um trabalho interdisciplinar; mas nem todos têm o mesmo comportamento. Isso acaba afetando a assistência recebida pelas pacientes. Os médicos mais antigos se acham soberanos e acreditam que o parto só acontece se ele estiver presente. Às vezes, eles até registram no prontuário que o parto aconteceu na ausência deles, que foi realizado por Enfermeiro ou que não chamou o médico. A assistência ainda é muito medicalizada, com uso inadequado de ocitocina, indicação de posição horizontal como única e puxo dirigido. M6 diz que ela e suas colegas têm tentado combater isso e, aos poucos, estão conseguindo. Com relação à equipe de Enfermagem, nas duas maternidades, M6 diz ser muito boa e percebe que ela tem confiança em seu trabalho. **Sobre as mulheres e famílias,** no primeiro hospital, M6 diz que consegue ver a satisfação delas. Já viu por várias vezes, pacientes chorando, sem querer ser transferida para outra maternidade. No segundo hospital, aquelas com quem consegue trabalhar mais de perto, ficam mais tranquilas e têm mais confiança na Enfermeira Obstétrica.

Após se formar como Enfermeira Obstétrica, M6 relata que ficou mais empoderada e mais segura para atuar e oferecer assistência adequada. Diz que suas colegas de trabalho também estão mais seguras e atuantes. Torce por uma Enfermagem melhor, que possa realmente atuar e ser reconhecida em todos os aspectos.

Figura 11: Desenho esquemático dos setores onde M6 atua Hospital 1



Elaborados pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M6, e aprovados por M6, 2021.

3.7.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da Interseccionalidade:

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M6 relacionou as três situações de desigualdade a seguir à **raça** (situações 1 a 3).

Situação 1: Na situação de opressores, tem-se **os profissionais de uma equipe de outro hospital** e, na situação de oprimida, tem-se **a própria Enfermeira Obstétrica M6 negra**. Ela falou de quando tal equipe chegou procurando a Enfermeira do setor onde ela atuava:

[...] como negra, muitas vezes, eu vejo a discriminação. As pessoas, às vezes assim, querem falar com o Enfermeiro e quando chegam,

olham assim, como se diz: ‘É ela?’, ‘É você que é a Enfermeira?’. Então assim, às vezes, talvez esperavam um Enfermeiro assim branco, dos olhos azuis, alguma coisa assim. [...] Uma vez eu senti isso bem de perto, no centro cirúrgico, quando uma equipe de outro hospital chegou [...] era pra uma doação de órgãos. E a equipe que vinha fazer essa captação de órgãos, eles chegaram na porta e pediram para serem direcionados até o Enfermeiro. [...] quando chegaram na porta, aí a anestesista, que estava toda de verde, né, ela foi chegando igual comigo. [...] aí se direcionaram A ELA, né, e não a mim. Aí quando terminaram de falar o que queriam, que ela disse: ‘Não, mas a Enfermeira é ela.’ Aí olharam assim, como se tivessem/ e eu já tinha, né, dado boa noite. Tipo assim, [...] senti uma grande discriminação. Tipo assim, porque ela era branca, né, e tal ((risos)). ELA poderia ser Enfermeira. E eu não. E já vi muito disso também na equipe mesmo, de outros profissionais, que sempre [...] tem um olhar diferenciado pra gente.

Enfrentando as desigualdades, M6 confrontou os opressores:

[...] eu já me senti pior. Mas, hoje em dia, não. Hoje em dia: ‘Sim, sou eu! No que eu posso lhe ajudar?’ Né? [...] Mostrar que realmente a gente pode. [...] eu sei que isso foi muito mais feio no passado/ talvez a pessoa [...] já sofreu muito mais.

Situação 2: Na situação de opressora, tem-se **uma colega de trabalho** e, na situação de oprimida, **a própria Enfermeira Obstétrica M6 negra**. Ela falou como, muitas vezes, é chamada até mesmo pelos colegas de trabalho:

Outro detalhe é porque as pessoas podem nos ver e, às vezes, não procuram saber do nosso nome. E nos chamam de nega. [...] Isso daí não é só no ambiente de trabalho, mas eu vejo isso aí que o povo/ infelizmente/ não sei se são eles ou se somos nós ((risos)) que são cheios de preconceito. Às vezes, até as próprias colegas de trabalho. Como já uma vez eu fui e falei pra uma: ‘Boa tarde, Elizabeth!’ e ela: “Boa tarde, neguinha!

Enfrentando as desigualdades, M6 confrontou a opressora:

Eu digo a ela: ‘Olha, meu nome é Irani [...] e meu sobrenome não é neguinha também.’ ‘Não mulher, é carinhoso!’. Eu disse: ‘E se eu lhe chamar: ‘Boa tarde, amarelinha!’ Você vai querer? Você vai achar que [...] que eu estou sendo carinhosa com você? Então, me chame pelo meu nome’.

M6 relatou como se sentiu diante dessa situação:

Mas, eu sinto que tem [...] essa resistência ainda. MUITO GRANDE! Eu [...] me sinto [...] com vontade de [...] cada vez mais mostrar pra eles que nós somos capazes sim, que nós somos inteligentes também, que nós podemos estar onde a gente quiser, a gente pode se esforçar/ se eu sou Enfermeira, é porque eu quis ser Enfermeira.

Se outro negro é médico, é porque ele quis ser. Ele também pode. [...] a nossa cor não quer dizer nada!

Situação 3: Na situação de opressores, tem-se **as pessoas conhecidas de M6** e, na situação de oprimidos, **a própria M6 negra e seus filhos brancos**. M6 fala de comentários que ouviu desses conhecidos sobre seus filhos:

[...] meus dois filhos são brancos. Aí herdaram do pai, que o pai é branco. [...] uma vez, [...] eu tive um ciclo de conversa, de amizade, [...] que eu estava conversando sobre meus filhos. Quando eu mostrei a foto dos meus filhos, aí ficaram: ‘Os meninos são seus filhos mesmo? Vish, não foram trocados na maternidade não?’. Aí não quiseram dizer assim: ‘São brancos’, né? ((Disseram:)) ‘São tão bonitos!’ Aí eu notei que se eu tivesse mostrado ((risos)) pessoas da mesma cor, elas tivessem: ‘Ah tá!’. Né? Mas, porque eram brancos, não podiam ser meus filhos. Então, eu acho isso uma discriminação.

Enfrentando as desigualdades, M6 confrontou os opressores:

Eu digo: ‘Mas são meus filhos! Por quê? Porque eles são brancos? [...] O pai deles é branco. [...] não foi eu que pinteí, né?’ ((risos)). Mas, assim, que eu quis dizer é que realmente eram meus filhos. Independente da cor, né? [...] ((Também)) tenho uns sobrinhos [...] E, muitas vezes, eu só digo assim pra eles: ‘Olhe, estudem, sejam pessoas de bem, né, porque onde chegar as portas vão se abrir.’ Porque, muitas vezes, realmente é assim: tem uma pessoa da cor escura/nós somos cheios de preconceitos.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M6 relacionou as três situações de desigualdade a seguir à **classe socioeconômica** (situações 4, 5 e 6).

Situação 4: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimidas, **as pacientes pobres**. M6 fala de como, muitas vezes, essas pacientes são tratadas:

Às vezes, a gente chega [...] Ou ela ((paciente)) está paralisada ali em cima da cama, porque alguém disse pra ela que ela não podia descer da cama, senão o menino ia cair, senão ela não ia ter força e outras coisas. Tem umas que acham que não vão poder [...] ficar ali, porque elas não têm uma situação financeira favorável. Mas aí quando [...] a gente vê a satisfação que elas têm, né, quando realmente elas são contempladas com isso. Então, coisas que a gente não está fazendo favor. E isso é muito bom!

Enfrentando as desigualdades, M6 dialogou e auxiliou as pacientes:

Como eu digo pra elas: ‘Nós não estamos fazendo favor. Isso daqui é um trabalho.’ [...] A gente vai deixando ela empoderada de que ela é [...] atriz principal ali daquela cena. E, quando a gente começa: ‘Vamos lá pra gente tomar um banho?’, ‘E eu posso ficar debaixo do

chuveiro?’, ‘E eu posso?’. Então, é sempre essa pergunta: ‘E eu posso?’, ‘E eu posso ficar sentada?’, ‘E eu posso comer?’. Então, é a CULTURA, que já está implícita que ela/ muitas vezes, se não tem alguém que diga: ‘VOCÊ PODE!’, ela não faz NADA! [...] não é um conto de fadas, mas é um momento prazeroso ((do parto)). Termina sendo um momento [...] traumático pra ela. Então, você não pode isso, você não pode aquilo, você não pode isso, você não pode... Coitada!

Situação 5: Na situação de opressores, tem-se **os colegas de trabalho** e, na situação de oprimida, **a paciente pobre**. M6 fala sobre uma gestante que atendeu quando trabalhava em um PSF, de uma zona rural, quando ainda não era Enfermeira Obstétrica:

[...] antes de eu ter essa especialização, que eu trabalhava no PSF, [...] teve uma paciente, que quando ela chegou na comunidade, ela já vinha no terceiro filho. [...] E ela... era muito resistente pra fazer o pré-natal. É tanto que foi uma busca bem difícil [...] pra trazer ela para o pré-natal. Porque [...] os outros pré-natais [...] não tinham sido bons pra ela, né? E que nesse parto [...] ela dizia a todo tempo que ela não iria para a maternidade. [...] Ela ia ter em casa, mas não iria. Só iria chamar, quando o menino nascesse. [...] Eu lembro que um dia eu estava no plantão [...] esperando o carro pra me buscar nessa comunidade, que era longe do centro, né, que era zona rural/ e, de repente, chegou assim correndo, dizendo que o menino tinha nascido dentro do banheiro.

Enfrentando as desigualdades, M6 auxiliou a paciente:

[...] chamei o motorista na ambulância e a gente foi lá. E era MUITO difícil o acesso. [...] tivemos que deixar a ambulância em um determinado ponto e ir até à casa, pegar ela nos braços pra trazer. Que era um bequinho BEM estreitinho, não entrava carro. [...] eu acho que tudo isso serviu para que eu pudesse cada vez mais me aperfeiçoar, né? Me aprimorar na saúde da mulher. Estava uma parteira da comunidade e ela disse que fazia muito tempo que ela não fazia parto ((fala sorrindo)). Ela dizendo, com uma linha na mão e uma tesoura. Já tinha cortado ((o cordão umbilical)), já tinha dado o nó. Mas ela disse, tremendo MUITO ainda: “Eu não sei como eu consegui.” [...] E terminou que aí eu peguei o bebê, o motorista pegou a [...] puérpera, [...] colocamos dentro da ambulância e levamos pra unidade hospitalar que tinha lá [...] para receber os cuidados devidos, né? Já que o bebê tinha nascido dentro do sanitário. [...] Porque ela estava com muita dor, mas realmente ela tinha dito que não iria pra maternidade. Só depois. Porque ela tinha passado por vários traumas, que traumatizaram ela de um jeito que... ela não quis ir realmente. [...] como eu já disse, quem faz o parto é a própria parturiente, mas a gente também tem que pensar no ambiente, né? Pra não trazer risco nem pra mãe nem para o bebê.

M6 ficou pensando como seria caso ela já fosse Enfermeira Obstétrica diante daquela situação:

E eu fiquei assim pensativa muito tempo, perguntando sobre essa situação. E dali [...] chegou a oportunidade de eu sair dessa comunidade e ir para outra/ e terminou que eu vim fazer essa especialização em obstetrícia. Porque... eu vi a necessidade também. [...] Talvez, se fosse naquele tempo que eu tivesse feito a especialização, eu tivesse conseguido talvez convencer ela a ter um parto diferente. Né? Mesmo sabendo que [...] aquele hospital daquela comunidade era... TOTALMENTE fora do contexto do parto humanizado, né? [...] porque o risco que ela correu, né, de ter tido uma distocia, alguma coisa assim... [...] Eu consegui que ela viesse para o pré-natal, que ela tomasse as vacinas, né? Mas não consegui que ela realmente pedisse pra ir pra maternidade. [...] Mas o bebê está bem. Ele hoje está grandinho.

Situação 6: Na situação de opressores, tem-se **os médicos** e, na situação de oprimidos, **as pacientes pobres e seus acompanhantes**. M6 fala como tem sido a presença dos acompanhantes na maternidade privada onde atua:

[...] ((em outro serviço)) tinha um médico que [...] elas ((as pacientes)) diziam que ele tratava MAL, porque elas eram pobres. Então: 'Tomara que meu bebê não nasça no dia em que ele estiver de plantão, que ele nos trata mal.' Por exemplo, lá, na época, [...] eles não respeitavam a Lei do Acompanhante. [...] Mesmo que elas fossem orientadas no pré-natal que elas tinham direito ao acompanhante, chegando lá era diferente, não podia. [...] Tinham casos até que elas chegaram a dizer que eles empurraram a mãe, a acompanhante. [...] se ela tiver empoderada desde lá do pré-natal, ou até mesmo planejar desde o planejamento/ na saúde reprodutiva/ ela não vai chegar lá [...] na cena do parto dessa forma. [...] nesse hospital ((privado)), [...] os profissionais são contra, chateados, realmente querendo deixar o acompanhante lá fora, muitas vezes. Mas, de qualquer maneira, ainda no parto normal, ele ainda é inserido na cena do parto. [...] porém, se for um parto cesárea, ele não tem o direito; ele é barrado na porta do centro cirúrgico.

Enfrentando as desigualdades, M6 **dialogou** com os opressores e **auxiliou** as pacientes:

[...] Eu vou buscar quem foi, como foi que aconteceu essa situação, vamos ver. Então vamos deixar toda a equipe informada de que isso, além de ser bom ((risos)), de trazer benefícios, tem uma lei que contempla isso, que dá o direito. Se vocês não têm o conhecimento, vamos aqui, vamos estudar, vamos buscar. [...] Aí, quando foi um certo dia, eu perguntei e questionei que não colocasse minha escala no centro cirúrgico, porque eu não ia ficar mentindo [...] para o acompanhante, dizendo que [...] que ele não ia ser o acompanhante naquele momento porque não tinha roupa pra ele usar/ a roupa do centro cirúrgico. Isso sabendo que aquilo não era verdade. Porque a roupa tinha. O problema era porque o restante da equipe não queria

que ele entrasse. ((Diziam:)) 'Não, mas vai dar trabalho...'. Não. Não vai dar trabalho coisa nenhuma. É a mesma coisa do parto normal. Vocês, tanto médico, quanto técnicos não tem que se preocupar. Deixe o acompanhante chegar aqui na porta quando vier deixar [...] a paciente e o Enfermeiro orienta como proceder dentro do centro cirúrgico. Ele também não vai vir de qualquer jeito e você vai deixar ele entrar. Você vai dar as coordenadas.

b) Desigualdades interseccionais:

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M6 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **classe socioeconômica e raça** (situação 7).

Situação 7: Na situação de opressores, tem-se **os colegas de trabalho** e, na situação de oprimida, **a paciente pobre e negra**. M16 fala de quando prestou assistência a uma jovem no trabalho de parto:

Já vi paciente [...] por, às vezes, se sentir pobre, se sentir [...] financeiramente inferior, né... pela cor... [...] a parturiente de 14 anos que eu atendi, que teve um parto aqui MARAVILHOSO. Eu realmente, graças a Deus/ eu consegui trabalhar com ela numa paz! [...] eu disse assim: 'Ela é tão calma, né?' [...] aí a mãe dela falou assim: 'É, porque quando ela foi sair de casa, eu já disse assim que ela não gritasse. Porque, se ela gritasse, iam judiar com ela. [...] Ela ia ser maltratada'.

Enfrentando as desigualdades, M6 **dialogou e auxiliou** a paciente:

Aí, menina, aquilo ali foi uma FACADA! Eu digo: "Não, mas não é assim." [...] tivemos toda uma conversa para poder ela realmente saber que não era assim. Aí eu disse que... ela realmente ela podia gritar, né? Que quem estava sentindo a dor ali naquele momento era ela. Então, quem ia saber se gritava ou não era ela. Agora, o que que eu podia dizer pra ela? Que os gritos dela não iam ajudar e sim se ela trabalhasse a respiração do jeito que a gente estava ensinando, se ela cooperasse com as boas práticas... [...] Aí ela olhou pra mim: 'Eu posso gritar?' ((conta sorrindo)). Eu: 'Pode!' ((risos)).

M6 fala sobre seu desejo para o futuro com relação às desigualdades relacionadas à classe socioeconômica:

[...] que nós possamos avançar e acabar com esse preconceito, principalmente, o preconceito financeiro que eu sei que nós todas sofremos muito. Muitas vezes, só somos vistas quando temos [...] um nível mais elevado, né, financeiramente falando. Às vezes, as pessoas não dão muita importância ao seu nível intelectual, mas sim [...] para sua... aquisição financeira. E isso tem trazido muito prejuízo e destruição para as nossas vidas...

3.8 Enfermeira Obstétrica Negra M7

3.8.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

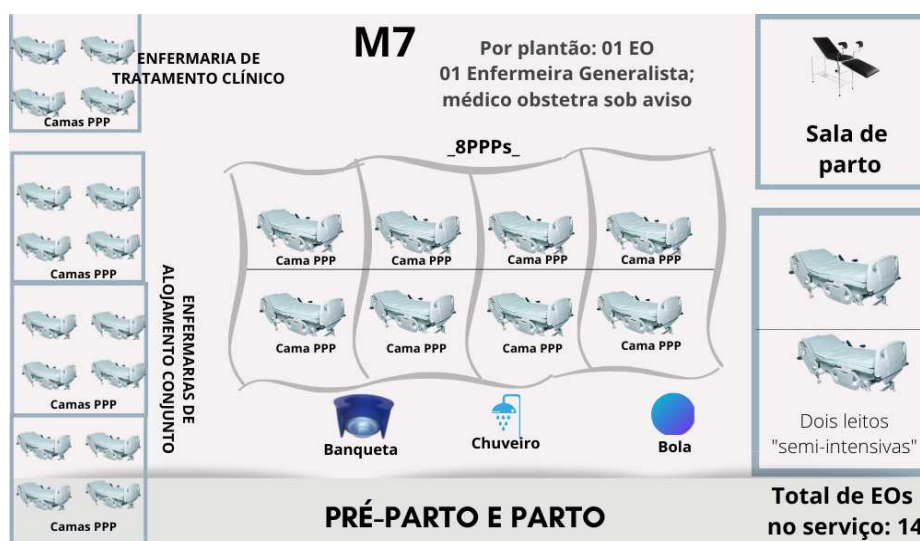
M7, parda, 36 anos, casada, tem um filho, mora e atua em João Pessoa (PB). Formada como Enfermeira há 13 anos, como Enfermeira Obstétrica há três anos. Especialista em acupuntura há oito anos e advogada há um ano. **Atua no centro obstétrico, de uma maternidade de alto risco.** São 12 leitos de pré-parto – oito para mulheres em trabalho de parto e quatro para pacientes em tratamento clínico – e o pós-parto para até duas horas após o parto. Os oito leitos para trabalho de parto ficam dispostos em boxes; cada um com duas camas PPPs, cortinas e biombos. Há o corredor com cadeiras, onde ficam as mulheres que aguardam cesárea e as que não conseguem leito. A maioria das mulheres é de risco habitual e ainda há uma internação precoce delas. Muitas têm resistência em parir na cama PPP, pois acham que não estão recebendo assistência adequada e querem ir para sala de parto, parir deitadas na maca. Como há superlotação, algumas mulheres acabam parindo na cadeira, em pé ou no corredor.

A entrevistada M7 já fez ocorrência devido à superlotação, mas ainda passa por essa situação com frequência. M7 e suas colegas conseguiram banquetas de parto, chuveiro com água morna e bola para o setor. **São 14 Enfermeiras Obstétricas:** quatro formaram-se pelo CEEOII, uma fez outra especialização e duas fizeram o Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas com Enfoque no Parto e Nascimento da Rede Cegonha. M7 relata sobre as Enfermeiras que cursaram o CEEOII e o Aprimoramento têm mais autonomia e preparo na assistência. As outras não atuam, mas também não procuram se atualizar. O hospital está em fase inicial da implantação da atuação da Enfermeira Obstétrica e ainda tem alguns plantões somente com Enfermeiros generalistas. O acolhimento com classificação de risco é feito pelo Enfermeiro generalista. As próprias Enfermeiras se organizaram: uma fica com a parte burocrática e com as pacientes em tratamento clínico; e a outra com as pacientes em trabalho de parto. M7 relata que as Enfermeiras Obstétricas, num plantão de 24 horas, conseguem ter cerca de 40% dos partos assistidos por elas, deixando a mulher participar da tomada de decisões na sua assistência. No pós-parto, M7 atua no contato pele a pele imediato, clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno e orienta a mulher sobre autocuidado, cuidados com o bebê e seus direitos.

Sobre sua equipe de trabalho, M7 diz que ainda existe bastante resistência para atuação autônoma da Enfermeira Obstétrica, principalmente na Paraíba. M7 e suas colegas já sugeriram contratar mais Enfermeiras Obstétricas para o serviço. Porém, segundo elas, não há esse interesse pelo hospital, até porque o diretor é um obstetra, e é um dos mais resistentes com a atuação da Enfermagem Obstétrica. M7 destaca que os pediatras dão informações equivocadas às mulheres no momento da alta hospitalar. Por exemplo, questionam à mulher se era somente a Enfermeira que estava no parto e o motivo do médico não estar presente. M7 percebeu que as mulheres começaram a cobrar menos a presença dos médicos na assistência, mas, em contrapartida, com medo de perderem espaço, eles começaram a pedir para que as mulheres os chamassem na hora de parir, dizendo que estavam ali para pegar o bebê.

Sobre as mulheres e famílias, M7 e suas colegas começaram a se apresentar a elas no início do plantão e conversar sobre a assistência ao parto pela Enfermeira Obstétrica – competência e respaldo legal para essa atuação. A partir disso, a cobrança das mulheres pela presença do médico diminuiu bastante. **Após se formar como Enfermeira Obstétrica,** concluiu que uma das maiores dificuldades quando não tinha a especialização era de não conseguir prestar uma assistência integral à mulher – trabalho de parto, parto e pós-parto – e tinha que chamar o médico para dar continuidade.

Figura 12: Desenho esquemático do setor onde M7 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M7, e aprovado por M7, 2021.

3.8.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M7 relaciona as três situações a seguir à **raça/cor**.

Situação 1: Na situação de opressoras, tem-se **as médicas** e, na situação de oprimida, **a parturiente**. A médica obstetra e a pediatra chamaram M7 para falar sobre a paciente:

((Já aconteceram situações)) Com pacientes e com colegas de trabalho. Eu nunca presenciei contra mim não ((risos)). Até porque esses tipos de comentários sempre se fazem pelas costas, né? Não fazem na presença da paciente, não fazem na presença do colega. [...] chegou uma paciente... negra mesmo, bem negra e a médica e a pediatra: 'Flávia, você já viu?'. Eu disse: 'O que?'. 'A piriquita da paciente é MUITO preta. Ela é MUITO preta! Vai lá olhar.' Eu disse: 'Eu NÃO! Vocês nunca viram não, foi? Ela é preta, vai ser preta.' 'Mas vai olhar. É azul'. E ficou um comentário bem horrível.

Enfrentando a situação de desigualdade, M7 **confrontou** as opressoras:

Eu disse: 'Gente, isso é preconceito. Vocês estão com racismo. Isso é feio.' Ela: 'Não, é porque é fora do normal. Você precisa ver, porque é fora do normal'. Então, a gente está vivendo num... num tempo de tanta informação e as pessoas ainda param tudo para fazer um comentário DESSE.

Situação 2: Na situação de opressores, tem-se **os colegas de trabalho** e, na situação de oprimidas, **as pacientes**. A paciente reclamou da assistência recebida e os colegas de trabalho tiveram uma reação que M7 não aprovou:

Ou então as pacientes quando... reclamam do sistema. O sistema não tem como dar aquela ASSISTENTE:NCIA bem presencial, porque até a quantidade de profissionais é inferior. Mas tem um monte de reclamação das pacientes ((profissional reclamando da paciente)): "Ah, que nego mole. Só porque é negra está moendo ((reclamando))... Colocou o motivo dela estar reclamando como a cor em primeiro lugar, entendeu? Como se pela cor, ela estava reclamando. [...] Se fosse outra paciente reclamando, não teria feito essa colocação... da cor da pele.

Enfrentando a situação de desigualdade, M7 **confrontou** os opressores:

E eu sempre procuro cortar isso: 'Faça isso não. Dá processo. Tá doido, é?' [...] eu tenho uma segunda formação, que eu sou advogada. Aí eu sempre fico orientando: 'Isso dá processo. Para de coisa feia. Se coloque no lugar da paciente. Mesma coisa ela vai falar contigo.' E tem colegas que SÃO negras e que TAMBÉM fazem comentários do tipo, que é o que mais me deixa: 'Peraí ((risos)).

Como assim?’ Então tem muito. [...] Eu sempre repudio e deixo claro o que que poderia acontecer e também passo para a colega: ‘Não faça isso, se você fizer isso no plantão, vou acabar te levando para o Comitê de Ética.’ ((fala sorrindo)) E eu levo mesmo ((risos)). Pra ter respeito. Mas aí, é coisa que não se coloca na cabeça do povo de uma hora pra outra, né? É difícil.

Situação 3: Na situação de opressora, tem-se **a médica** e, na situação de oprimida, **a técnica de Enfermagem**. A técnica de enfermagem foi chamar a médica, que estava no descanso, para avaliar alguma paciente:

Tem uma colega minha de trabalho que uma vez foi chamar a chefe, numa madrugada, porque eles dormem e a enfermagem fica chamando para ela prestar assistência. E a médica chegou no setor e reclamou. Sendo que a gente faz revezamento na madrugada e a colega já tinha ido para o repouso. [...] a médica disse: ‘Cadê aquela negra que foi me acordar?’. Não que não fosse negra, mas [...] ela falou para diminuir mesmo. ‘Aquela negra abusada foi me chamar.’, sendo que várias pessoas vão chamá-los. E ninguém fica alisando pra chamar. Chama na porta mesmo. Mas incomodou bastante ela, ela chegou no setor com esse termo.

Enfrentando a situação de desigualdade, M7 dialogou e auxiliou a técnica:

Mas aí, quando a colega acordou, a gente passou tudinho que tinha acontecido, o fato, e ela ((a médica)) foi chamada na ouvidoria da maternidade. Mas aí, eu não sei se deu em alguma coisa.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M7 relaciona a situação a seguir à **classe profissional**.

Situação 4: Na situação de opressoras, tem-se **os médicos** e, na situação de oprimida, a própria Enfermeira Obstétrica M7.

[...] tem uma resistência muito grande com relação à autonomia das enfermeiras. No início, a gente tinha bastante dificuldade. Não conseguia prestar assistência, porque os médicos [...] tornariam aqueles partos de.../ deixariam de ser de risco habitual. Então, eles colocavam, propositadamente, muita ocitocina nas mulheres, já para não deixar a gente assistir os partos ((fala sorrindo)).

Enfrentando a situação de desigualdade, M7 e suas colegas Enfermeiras Obstétricas continuavam a prestar assistência às mulheres:

E, com o passar do tempo, a gente [...] insistia em começar a prestar assistência é... meio que a todas as mulheres, independente se estava ou não com ocitócito. E tivemos diversas barreiras, porque a

própria direção da maternidade também teve bastante resistência de aceitar o nosso trabalho.

3.9 Enfermeira Obstétrica Negra M8

3.9.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M8, parda, 32 anos, casada, não tem filhos, mora e atua em João Pessoa (PB). **Formada como Enfermeira** há sete anos, como Enfermeira Obstétrica há três anos e como Enfermeira Intensivista há seis anos. **Atua, hoje em dia, na equipe de parto domiciliar e na UTI de um hospital cardiológico. Mas atuava em uma maternidade pública estadual e em uma maternidade privada.** Na maternidade pública, eram seis leitos de pré-parto e duas salas de parto – com uma cama PPP e um berço aquecido. No mesmo corredor, ficava o centro cirúrgico, com duas salas. A estrutura era bem pequena, apesar de a maternidade ser a referência estadual e assistir a cerca de 350 a 400 partos por mês. Na maternidade privada, o índice de cesariana era 99,8%: cerca de 100 a 112 partos por mês, sendo um ou dois partos normais. Quando a gestante decidia que queria parto normal, M8 e suas colegas de trabalho tentavam colocá-la no quarto privado (segundo andar), mesmo que o plano de saúde dela fosse de quarto duplo. Tinham bola, chuveiro com água quente (no quinto andar) e, às vezes, a paciente levava uma doula. A sala de parto normal era dentro do centro cirúrgico e ficava no primeiro andar. Ela tinha um adesivo de natureza, dois cavalinhos, uma PPP, um espelho e uma escada. Geralmente, as pacientes chegavam com a obstetra particular delas.

M8 diz que, durante toda a sua atuação na Enfermagem Obstétrica, associou assistência e gestão. Na maternidade pública, a condição de coordenar a UTI Materna era que ela continuasse com plantões na assistência ao parto e ao nascimento, além dos plantões na própria UTI. Como era recém-formada, tinha medo “de perder a mão”. Ela achava o seu olhar importante na UTI Materna, porque, infelizmente, em sua instituição, a equipe não consegue perceber as peculiaridades da assistência a uma gestante em Terapia Intensiva. Atualmente, são cerca de 20 Enfermeiras Obstétricas no Centro Obstétrico. M8 saiu da gestão da maternidade pública, por decisão própria. **Na maternidade privada,** era critério a Enfermeira ser Enfermeira Obstétrica, mas a única coisa que não fazia era assistência ao parto: o serviço era administrativo. Já brigou muito na maternidade, porque não tinha

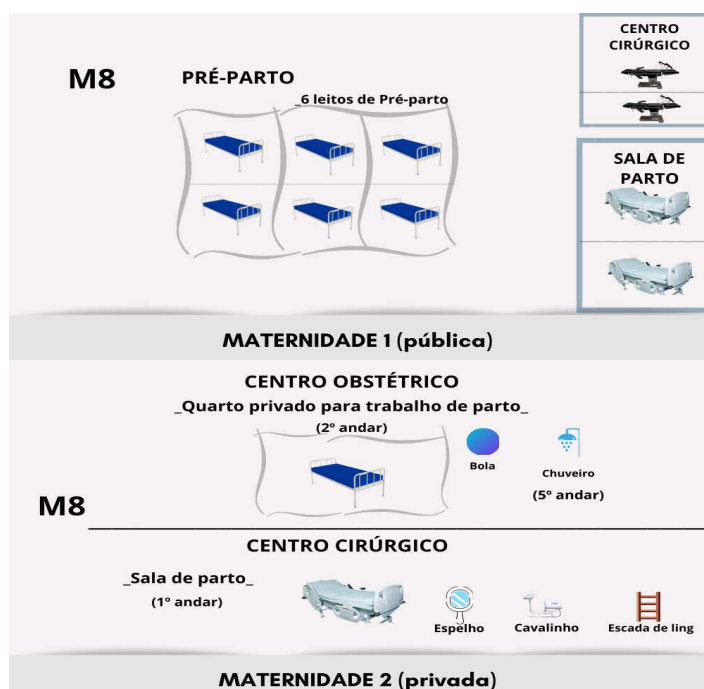
protocolo assistencial e cada profissional tinha uma conduta diferente. São quatro Enfermeiras, sendo uma por plantão. M8 também era preceptora de estágio de uma faculdade privada. Conversava com os alunos sobre o direito da mulher de receber uma assistência de qualidade. Seu cuidado era um olhar atento às pacientes, fazer as auscultas (não conseguia fazer de duas em duas horas, mas, pelo menos, de quatro em quatro), cardiotocografia, avaliação de ferida operatória da cesariana, lóquios e altura uterina. No puerpério, a maioria das pacientes admitidas era por infecção de ferida operatória de cesariana. M8 diz que a maternidade tinha um desejo muito grande de ser Amiga da Criança, mas nunca conseguiu pelo alto índice de cesariana. Então, a Enfermagem era muito cobrada com relação à amamentação na primeira hora de vida. Porém, era um público de poder aquisitivo mais alto, mais cesarista, e muitas mulheres não queriam amamentar. Ainda que muitas tivessem participado do curso para os pais da própria maternidade no pré-natal, quando o bebê chorava, as mães já solicitavam fórmula.

A entrevistada M8 foi demitida da maternidade privada há um ano, porque eles precisavam que ela fosse trabalhar durante o dia e ela não podia, porque já trabalhava na maternidade pública. **No que se refere a estar na assistência e na gestão**, M8 diz que ser gestora permitia que ela “tivesse a faca e o queijo na mão” para ditar as regras como deveriam ser, já que tinha esse olhar voltado para a obstetrícia, sendo isso positivo. Mas, às vezes, isso atrapalhava, porque nem todo mundo tinha a mesma visão que ela. **No parto domiciliar**, em que está há cerca de dois anos, quem manda é a mulher, pois são quatro Enfermeiras Obstétricas. Acha maravilhoso e resgata muita coisa da sua família, em especial de sua avó, que pariu muitos filhos em casa. Acredita muito no poder da mulher e do corpo dela. Ela que faz o plano de parto e a equipe para obedecer às regras. **Sobre sua equipe**, M8 relata que tinha uma briga sem fim com os médicos obstetras, pois as classes ainda não se ajustaram no trabalho em equipe. Ainda há um índice altíssimo de parto em posição supina e muitas discussões em relação à assistência da Enfermeira Obstétrica, porque a classe médica não conhece até onde ela pode ir. **Sobre as mulheres e famílias**, M8 tem várias histórias lindas de assistência ao parto e muitas fotos enviadas para ela pelas mulheres. Conversava bastante com as pacientes sobre seus direitos no parto e nascimento e elas ficavam impressionadas.

Após se formar como Enfermeira Obstétrica, M8 compreende que o CEEO II foi um divisor de águas em sua vida. Antes de entrar no curso, ela apenas pegava

o bebê e não sabia suturar. As pessoas dizem que ela voltou do CEEOil com mais coragem. Além disso, procura compartilhar com suas colegas Enfermeiras Obstétricas, sua vivência e aprendizado. Seu projeto de intervenção do curso era sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor e ausculta intermitente, que tem sido colocado em prática. Apenas atualmente tem sido utilizados banquinho, cavalinho, massagem, musicoterapia e escalda-pés. Além disso, M8 teve a oportunidade de participar do Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas com enfoque no parto e nascimento, no Rio de Janeiro, representando sua maternidade.

Figura 13: Desenho esquemático do setor onde M8 atua (Maternidade 1 e 2)



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M8, e aprovado por M8, 2021.

3.9.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da Interseccionalidade:

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M8 relacionou as cinco situações de desigualdade a seguir à **classe socioeconômica** (situações 1 a 5).

Situação 1: Na situação de opressores, tem-se **os médicos** e, na situação de oprimidas, **as pacientes mulheres**. M8 fala da diferença de tratamento entre as pacientes:

[...] em relação à classe, por exemplo, acontecem umas coisas PÉSSIMAS lá. Por exemplo, os médicos das maternidades privadas são, em sua maioria, também médicos das maternidades públicas. [...] e, às vezes, acontece/ dá até vergonha de falar/ às vezes, a gente estava lá na triagem, por exemplo, e a gente estava lá fazendo a classificação de risco, né, em obstetrícia. E aí o público que a gente atende são mulheres pobres, são mulheres negras, [...] é um bairro BEM carente. E DIVERSAS vezes eu vi mulheres chegarem, por exemplo, mais arrumadas, maquiadas, bem vestidas e, simplesmente, elas eram colocadas diretamente à frente na classificação. Porque, às vezes, diziam assim: 'Ah, estou de plantão em tal lugar. Venha aqui que eu lhe vejo aqui.' E as mulheres ficavam REVOLTADAS quando viam. [...] Eu ficava INDIGNADA. [...] E elas VIAM isso. [...] tinham pessoas que só abaixavam a cabeça, tinha mulher que só olhava, tinha mulher que chamava a polícia, tem mulheres que gritam, tem vários tipos de comportamentos. Eu já vi VÁRIOS, entendeu?

Enfrentando as desigualdades, M8 optou pelo silenciamento.

Situação 2: Na situação de opressores, tem-se **os colegas de trabalho** e, na situação de oprimidas, **as pacientes mulheres**. M8 apresenta algumas falas ditas por seus colegas às mulheres no contexto do parto:

E em relação à... hora do parto, é... "Você vai vir aqui o ano que vem.", "Cale a boca que é melhor pra você.", "Não grite, o bebê vai perder oxigênio.", "Faça força!", "Faça força de fazer coco!", "Segure aqui!", "Pare!". Várias coisas. Já vi de TUDO o que você imaginar." Ai... o meu sentimento é de... de revolta!

Enfrentando as desigualdades, M8 optou pelo silenciamento.

Situação 3: Na situação de opressores, tem-se **os colegas de trabalho** e, na situação de oprimidas, **as pacientes mulheres**. M8 fala da falta de informação das mulheres sobre o parto:

[...] as mulheres chegam MUITO desinformadas na maternidade, entendeu? Então, o que fala pra elas fazerem, elas fazem. [...] às vezes, a mãe dela fala assim: 'Minha filha, não grita que é melhor. Não grita que é melhor pra você.' Então, ela já vem com isso. E, às vezes, eu fico falando: 'Meu Deus, na Atenção Básica, no pré-natal, [...] eu acho que essas informações tinham que ser todas dadas, entendeu?' [...] chega uma EM MIL informada. [...] quando chega uma mulher com plano de parto, eu fico toda animada, mas o pessoal fica assim: 'Essa veio realmente sabendo dos seus direitos.' [...] eu fico com vontade de falar tudo, sabe?

Enfrentando as desigualdades, M8 auxiliou as pacientes:

[...] uma das coisas que eu trouxe pra maternidade depois que eu fui [...] pro Rio de Janeiro ((no Curso de Aprimoramento para Enfermeiras Obstétricas)): [...] as mulheres visitam a maternidade antes de parir.”

Além de auxiliá-las, M8 também **dialogou** com os colegas de trabalho:

[...] por exemplo, não sou eu que estou assistindo o parto, é o meu colega. Aí sai uma fala assim: ‘Não grite que é pior pra você!’. Aí eu chego lá pra ela e falo assim: ‘Está com vontade de gritar? Grita! Grita muito! O tanto que você quiser!’ ((risos)). Aí quando termina o parto: ‘Por que eu você fez aquilo? Você está ficando louca?’. Eu falei: ‘Meu amor, você já ouviu falar que boca aberta é vagina aberta?’ ((risos)). Aí eu fico nessas brigas ((risos)).

Situação 4: Na situação de opressores, tem-se **os médicos** e, na situação de oprimidas, **as pacientes mulheres**. M8 fala de como se sente com relação à realidade de assistência ao parto no Brasil:

[...] sinto uma tristeza em relação [...] às cesarianas no Brasil. [...] na verdade, pela falta de informação. [...] o que me entristece é porque assim é muito dividido no Brasil. Parece que PARTO NORMAL é pra pobre e CESARIANA é pra rico. Entendeu? E isso me incomoda muito! [...] eu tenho amigas [...] que, assim, eu já consegui [...] mudar a opinião de uma amiga que tinha uma cesárea anterior de três anos, parir normal. [...] e aí eu fico sonhando com o dia em que essas informações [...] serão iguais para todos os grupos, entendeu? Mas, infelizmente, Taisa, eu enxergo isso: que o pessoal que tem um poder aquisitivo mais alto eles [...] realizam o pré-natal privado com médico e eles NÃO recebem essa informação em relação ao [...] parto normal. E... na Atenção Básica, pras pessoas que não tem acesso, muitas vezes NEM realizam o pré-natal, porque a gente tem uma escassez imensa aqui, por exemplo, de profissionais na assistência. Falta médico, falta Enfermeira, falta alguma coisa. E a gente chega com MUITA mulher no parto [...] pré-natal é PÉSSIMO, elas chegam muito desinformadas, sabe? A prematuridade é MUITO alta [...] lá no serviço onde eu trabalhava. E, assim, o que me incomoda/ o que eu sonho assim com dias melhores é isso. [...] quando tem uma mulher de classe média ou baixa, vai para uma cesariana, às vezes, realmente por indicação absoluta, ela vai achando que ganhou a sorte grande. Entendeu? Como se fosse a melhor coisa do mundo, porque é como se o parto normal pra ela fosse um castigo. É muito difícil! Eu fico triste [...] com essa forma de assistência ao parto no Brasil.

Enfrentando as desigualdades, M8 **auxiliou** sua amiga, orientando-a:

Eu nem acredito que eu consegui fazer isso, porque era um grupo de 12 mulheres e, assim, algumas de classe bem alta. Então, quando eu começo a falar assim, elas falam que eu enlouqueço. Porque elas

ficam falando: 'Quando eu estou conversando com minhas amigas, eu quero cesárea, num sei o que, num sei que... Mas, quando eu converso com Jack ela me enlouquece.' Porque eu coloco elas [...] pra ficar pensando, no cantinho do pensamento, sabe? ((risos)).

Situação 5: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimidas, **as pacientes mulheres**. M8 fala sobre como era a questão do direito da mulher de ter um acompanhante de livre escolha:

[...] no privado/ todo mundo entrava. Entrava o pai, o cachorro e o piriquito pra tirar foto, pra fazer tudo. E, quando eu estava na mesma assistência no público, as mulheres não tinham direito de registrar aquele momento, de falar com a família e não tinham direito também ao acompanhante do sexo masculino. É porque diziam que não tinha espaço no pré-parto, que não podia, que a maternidade não conseguia acolher o acompanhante de livre escolha.

Enfrentando as desigualdades, M8 dialogou com os colegas de trabalho:

E aí eu comecei a dizer: 'Vamos testar? Vamos ver se cabe? Vamos por uma cadeira.' E aí, num certo dia, numa reunião na gestão, o diretor lá estava na lua boa e falou assim: 'HOJE, a gente vai COMEÇAR a respeitar o direito do acompanhante. Pode falar que qualquer pessoa pode entrar.' E aí faz, mais ou menos, uns três anos e meio. E foi assim tão tranquilo. [...] pareceu até que a gente não viveu transição entre quando só podia mulher e pronto. E hoje, a maternidade recebe o pai... quem quiser.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M8 relacionou as duas situações de desigualdade a seguir à **classe profissional** (situações 6 e 7).

Situação 6: Na situação de opressor, tem-se **o médico** e, na situação de oprimida, **a Enfermeira Obstétrica M8**. Ela fala do dia em que teve uma discussão com o médico durante a assistência de uma mulher no momento do parto:

[...] tinham uns plantões em que eu discutia muito com determinado profissional. Até que chegou um dia [...] que a discussão foi BEM chata! [...] foi na frente da paciente, eu estava prestando assistência ao parto. E na hora que eu cheguei no plantão, ela estava com uma fisioterapeuta. E a fisio me chamou e falou assim: 'Jaque, dá uma olhadinha que acho que está bem aqui!'. E ela estava na banqueteta com a mãe. [...] E aí eu me deitei quase no chão assim pra ver, porque ela estava bem agachadinha e eu fui olhar e realmente estava em expulsivo. [...] ela queria ir pra cama na hora de parir, né? Estava um pouco insegura ainda em relação à banqueteta, enfim... Aí a mãe dela falou assim pra mim: 'Minha filha, dá só uma olhada, porque, se for nascer agora, eu vou trocar com meu filho'. Com o esposo dela. [...] E o médico plantonista estava com estudantes. [...] eu sempre chegava, olhava o prontuário pra saber os critérios, tudo, porque eu podia ali estar atendendo um alto risco, que [...] eu sei que eu preciso fazer uma assistência com responsabilidade compartilhada [...] Ela pediu pra eu tocar. Eu falei: 'Não amor, não

precisa tocar porque já está bem aqui ó. Vem cá!'. Eu chamei a sogra pra ver o cabelinho. [...] Aí na hora em que ela estava sentando, se organizando na PPP, [...] o médico chegou... no box. E aí, quando ele viu que eu estava lá, ele foi calçar as luvas pra tocar. E quando ele virou as costas, ela agarrou a minha mão sobre o períneo dela. E pediu que, POR FAVOR, não deixasse ele fazer aquilo. Ela tinha sido tocada fazia 15 minutos. [...] Aí eu falei: 'Senhor Fulano, [...] ela não quer ser tocada. O bebê já está aqui. Quando vier a próxima contração, você já vai ver que está aqui. [...] Ela acabou de ser avaliada por outro profissional.' [...] Aí ele falou assim: 'Olha, eu sou o médico. Eu sou responsável por você e eu tenho domínio sobre você. Então, você sabia que as Enfermeiras Obstétricas daqui dessa maternidade botam as pacientes pra parir na banqueta, rasgam seus ânus e elas não sabem costurar?'

Enfrentando as desigualdades, M8 confrontou o opressor e auxiliou a paciente:

Eu falei assim: 'Olha, Doutor Fulano, não precisa de você falar isso pra ela, porque o máximo que pode [...] acontecer uma laceração [...] que eu não tenha respaldo pra fazer, né? Mas, se caso acontecesse de primeiro ou segundo grau, eu iria fazer SIM. MAS, se fosse o caso, você faria, porque realmente a competência desse grau aí é sua'. Aí ele falou VÁRIAS coisas pra ela [...] que era um absurdo, que eu ia rasgar ela toda... E aí eu estava BEM, BEM sentida nesse dia. [...] E eu... saí da cena do parto e fui pra cadeira lá escrever umas coisas que eu tinha que fazer e ele tomou conta do parto/ ele terminou [...] de prestar assistência. E aí... durante a madrugada, [...] eu escrevi o que eu tinha vivido no livro de ocorrência do plantão, né, e questionei o tipo de assistência da Enfermagem Obstétrica naquela maternidade, já que a maternidade, faltava um mês, né, mais ou menos para abrir a primeira Residência de Enfermagem Obstétrica da Paraíba. [...] estava impressionada como é que essas residentes iam chegar e [...] e ver aquele cenário todo, né, aquele tipo de assistência que a gente fazia. [...] a paciente me chamou, me deu um abraço, me pediu obrigada, enfim, falou algumas coisas. [...] a sogra dela não tinha visto o que tinha acontecido, quem viu foi o esposo. [...] Ele não entendeu nada. E aí ela contou pra sogra, a sogra me pediu desculpas e eu acho que a sogra era até técnica de enfermagem, não lembro, mas eu acho que ela era da área. [...] Eu fui explicar, eu fiz: "Olha, eu poderia assistir seu parto, porque era risco habitual, eu sou Enfermeira Obstétrica, se tivesse alguma laceração de primeiro ou segundo grau, eu posso fazer. [...] PO-DE-RI-A acontecer de lacerar realmente esfíncter anal, ânus. Realmente é competência médica. Mas, em nenhum momento, eu iria lhe colocar numa situação de risco em que eu não pudesse te prestar assistência. Aí então ficou esclarecido pra ela. E aí, nesse momento que ele viu e passou rapidamente, ele escreveu no prontuário três páginas sobre mim, falando que eu cometi violência obstétrica contra

aquela paciente e ele gostaria que essa Enfermeira Obstétrica dessa maternidade fosse chamada na direção pra ela aprender o que é hierarquia. [...] eu vim embora do plantão [...] e eu cheguei na minha casa e eu falei pra minha família que era o último plantão que eu dei naquela maternidade. E foi mesmo. Eu saí de lá ((fala chorando)). Eu fiquei... seis anos da minha vida ((fala chorando)).

Além disso, M8 **foi chamada pelo Comitê de Ética** da instituição devido à acusação de ter praticado violência obstétrica, acabando por **pedir demissão**:

E eu fui chamada pela Comissão de Ética Médica e de Enfermagem pra fazer [...] uma mediação sobre o que tinha acontecido. Foi super esclarecido. [...] tinha sido um absurdo ele escrever que eu tinha cometido alguma violência obstétrica, porque se a paciente tivesse acesso àquele prontuário, ela ia entender que tinha sido totalmente o contrário. [...] todo mundo me pediu pra que eu ficasse. [...] Eu falei que eu não queria, falei da minha posição como Enfermeira Obstétrica, falei da minha formação que é em defesa da mulher, do direito dela, que eu sei exatamente até onde eu posso chegar. [...] muitas vezes eu sei que eu vou ser a boca dela, falando por ela, muitas vezes. E eu não queria mais viver aquilo. Eu CANSEI de viver aquilo. [...] Foi MUITO difícil pra mim! ((fala chorando)) Eu ainda choro/ porque quando você me chamou pra falar das experiências, eu tenho muitas experiências LINDAS. Eu [...] recebo fotos de parto de madrugada, de aniversário do bebê, de gratidão, sabe? Mas, o final não foi legal. Sabe? Então, eu precisei parar para me curar dessas coisas que eu vivi/ desses desamores com a obstetria/ dessa luta diária, sabe? Porque eu até falei que se eu continuar, eu vou sair na Globo ((risos)). [...] por brigar demais, sabe?

Situação 7: Na situação de opressor, tem-se o **médico** (o mesmo da situação 5) e, na situação de oprimida, a **Enfermeira Obstétrica M8**. Fala que teve uma discussão com ele, pois ela solicitou prioridade no atendimento de uma paciente:

[...] um plantão antes, eu tinha tido uma discussão em relação a uma prioridade de uma assistência de uma vítima de violência, adolescente de 13 anos, múltiplos parceiros. E eu tinha tido uma discussão, porque eu queria que ela fosse atendida na ficha vermelha, rápido, e ficaram postergando o atendimento.

Enfrentando as desigualdades, M8 abandonou o plantão:

E eu cometi uma coisa bem séria. Eu estava TÃO chateada com tantas discussões que eu fui embora do plantão. Pela primeira vez, em seis anos de formada, eu abandonei meu plantão, escrevi tudo e eu disse que eu preferia responder por esse abandono, mas eu não aguentava mais viver aquelas situações que eu vivia ali.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M8 relacionou a situação de desigualdade a seguir a **ser portadora de visão monocular** (situação 8).

Situação 8: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimida, **a própria Enfermeira Obstétrica M8**. Ela fala sobre o fato de muitas pessoas a acharem inteligente, mesmo tendo visão monocular:

Ultimamente, tem uns preconceitos que eu vivo / é porque, assim, tem umas pessoas que fazem uns comentários, por exemplo, que me acham inteligente.. [...] nem todo mundo sabe que eu sou portadora. Porque como eu me locomovo bem.../ enfim/ as pessoas só acham que é portador de alguma deficiência é só se a gente não tiver uma perna ou um braço ou alguma coisa/ se a pessoa não vê, então, as pessoas meio que não acreditam, né? E, às vezes, eu também fico muito sem óculos, por teimosia mesmo/ porque eu uso óculos. Então, as pessoas às vezes olham e falam: 'Tu tem o que?'

Enfrentando as desigualdades, M8 **dialogou** com os agressores, falando sobre ser portadora de visão monocular:

Eu falava assim: 'Não, eu tenho visão monocular.' [...] ALGUNS estrábicos tem diplopia, que é dupla visão, mas eu não tenho. O meu estrabismo é congênito e minha lesão de nervo óptico também [...] congênita e irreversível. Mas isso nunca me atrapalhou nas minhas atividades. O meu laudo médico diz que eu não tenho visão 3D [...] que eu não tenho visão de profundidade. Por exemplo, na hora que eu estou dirigindo, um buraco na estrada, talvez eu não tenha muita dimensão. Mas eu dirijo, eu faço todas as minhas atividades. E em relação às minhas atividades como profissional, NO TRABALHO, a minha visão nunca me atrapalhou. [...] As pessoas, às vezes, percebem porque eu sou estrábica.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M8 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **competência profissional** (situação 9).

Situação 9: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho**, incluindo a **Enfermeira Obstétrica M8**, e, na situação de oprimida, **a paciente**. M8 relata uma triste situação que vivenciou, relacionada à falta de cuidado à paciente:

[...] a gente não tem SEQUER horário pra ausculta, a gente não tem protocolo NENHUM pra ausculta. O médico ausculta quando ele vai avaliar a paciente e, de repente, se ele passar duas horas para avaliar, três horas para avaliar, nesse tempo fica nisso mesmo. Porque a Enfermagem Obstétrica meio que não leva essa responsabilidade pra ela/ que ela também como EO dentro do serviço, ela tem a mesma responsabilidade daquela mulher quanto o médico. Eu pelo menos tenho essa visão. E eu perdi... um bebê no plantão com a minha amiga, que me arrancou o coração assim ((fala

chorando)). [...] estavam tendo muitas cesáreas e só estávamos nós duas na hora do repouso e [...] a gente sempre trabalhava de uma forma muito parecida, muito cuidadosa. [...] de 11 da noite e uma da manhã, a gente estava dentro do centro cirúrgico, dava uma olhadinha no pré-parto para ver se tinha alguém no expulsivo, mas a gente não auscultou. E tinha uma ausculta de um profissional nesse intervalo. Porém, quando a gente voltou pro centro mesmo, que a gente foi lá auscultar o bebê [...] estava... sem ausculta e aí ela teve uma cesárea de emergência e o bebê... nasceu morto. E minha amiga, né, ela estava no puerpério. Ela estava bem sensível. E a gente chorou assim [...] do lado do berço aquecido. E eu prometi que eu NUNCA-MAIS iria perder um bebê ou uma mulher por falta de meu cuidado, alguma coisa. Porque eu me senti responsável por aquela perda daquele bebê.

Enfrentando as desigualdades, M8 elaborou seu projeto de intervenção do CEEO II para mudar essa realidade no serviço:

E por isso que eu coloquei ausculta intermitente ((no projeto)). Parece simples, mas... a ausculta intermitente representa o meu cuidado, né, com a vitalidade fetal, o cuidado com a mulher também. [...] E aí meu projeto demorou muito a ser implementado no serviço. [...] eu criei [...] um desenho de uma barriga pra colocar no prontuário físico da maternidade, porque a gente já também tem uma grande dificuldade de não preencher partograma. [...] Eu vi que seria legal colocar uma folhinha anexa no prontuário [...] e quando você ausculta, você puxa uma setinha/ você coloca a altura da ausculta.

b) Naturalização das desigualdades:

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M8 diz não ter percebido situações de desigualdades relacionadas à **raça/cor** (situação 10).

Situação 10: Nessa situação, **os envolvidos** foram seus colegas de trabalho:

[...] eu não [...] consigo te falar discriminação assim/ que eu vivi diretamente em relação à cor. Eu tenho uma amiga lá que eu AMO ela de paixão, demais, e ela é negra. Você prefere que fale negra ou preta? Tá. Porque eu estou em construção desse... Eu acho que a gente tem que falar com respeito. Mas, às vezes, tem pessoas que se incomodam [...] em relação a isso, né? [...] Ela trabalha lá nessa maternidade faz MUITO tempo. [...] ela era técnica de enfermagem, depois ela fez Enfermagem e aí depois fez a pós em obstetrícia. E ela só trabalha lá. Ela dava MUITO plantão, porque ela assim precisava também e, quando precisavam dela também, ela estava disponível pra dar plantão na maternidade. [...] toda vez que a maternidade tinha cursos, aprimoramentos, todas as coisas assim que aconteciam [...] de capacitar o profissional, de dar uma oportunidade [...] ela desabafava pra mim que, assim, as pessoas nunca davam oportunidade a ela. E a gente escutava comentários que era... por ela ser negra. E ela falava assim: 'Pra mim, nunca tem! NUNCA! NUNCA!' [...] E eu vi muito essa [...] tristeza nela. [...] eu achava que não ia [...] por outros motivos, enfim... Mas, ela sempre

falava assim que achava que ela não ia porque o pessoal não gostava talvez dela por ela ser negra.

3.10 Enfermeira Obstétrica Negra M9

3.10.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M9, parda, 29 anos, casada, não tem filhos, mora em João Neiva e atua em Colatina (ES). Formada como Enfermeira há sete anos e como Enfermeira Obstétrica há dois. **Atua na sala de parto, de um hospital-maternidade, público, de referência para alto risco**, que também atende baixo risco. São atendidos 36 municípios. São seis salas de PPP e o alojamento conjunto. **M9 e suas cinco colegas Enfermeiras Obstétricas** prestam assistência às mulheres, do trabalho de parto até o pós-parto. São três durante o dia e três à noite. M9 assume o cuidado das pacientes de baixo risco sozinha, e das pacientes de alto risco em conjunto com o médico. A assistência ao RN é prestada pelo pediatra, ou pediatra com o residente de pediatria ou com a Enfermeira. **M9 é preceptora de residentes de Enfermagem Obstétrica. Atua também em uma equipe de assistência domiciliar**, juntamente com uma Enfermeira Obstétrica do CEEOI. Prestam assistência ao trabalho de parto em domicílio até a mulher evoluir para oito centímetros de dilatação e depois a levam para a maternidade. Se ela for para uma maternidade pública, M9 entra em contato com a Enfermeira Obstétrica de plantão para continuidade do cuidado. Se ela for para uma maternidade particular, M9 lhe acompanha por tempo integral, do domicílio até o pós-parto.

Sobre a sua equipe, a maioria dos médicos aceita a atuação da Enfermeira Obstétrica na assistência ao parto e a relação está mais tranquila se comparada ao período quando iniciou. **Sobre as mulheres e famílias**, tem-se uma boa aceitação do trabalho da Enfermeira Obstétrica, por criarem um vínculo, tornando a relação diferenciada. Muitas mulheres chegam com pré-natal incompleto; sem conhecimento sobre o trabalho de parto e parto; pedindo por cesariana; não querendo que a Enfermeira Obstétrica lhes avalie. M9 e suas colegas apresentam-se à mulher como Enfermeiras Obstétricas e explicam todo o processo de cuidado à mulher.

Após se formar como Enfermeira Obstétrica, M9 concluiu que as Enfermeiras Obstétricas foram, aos poucos, colaborando para modificar a imagem

do hospital de não prestar uma assistência de qualidade para um hospital onde a mulher tem sido bem atendida.

Figura 14: Desenho esquemático do setor onde M9 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M9, e aprovado por M9, 2021.

3.10.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Desigualdades interseccionais

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M9 relaciona a situação à **classe socioeconômica e raça**.

Situação 1: Na situação de opressor, tem-se **o médico** e, na situação de oprimidas, **as pacientes pobres e negras**. Colegas de trabalho de M9 faziam comentários preconceituosos sobre as pacientes na frente dela:

[...] foi num período em que não tinha Enfermeira Obstetra. [...] eu sentia muito isso/ quando a gente via que era uma classe mais baixa, é... a cor também influenciava muito, esse profissional ficava falando: 'Ah, tinha que ser o Brasil'. O Brasil que foi na época da Dilma, entendeu? 'É Brasil! Mais um brasileiro que está nascendo. Às vezes, chegava pra gente e falava assim: 'Nossa, 12 anos de idade, 13 anos, é uma criança, bem na vida. Olha, tinha que ser... Vai ver o histórico da mãe.' E acaba que isso vai machucando a gente, porque a gente sabe, né, ao invés de estar ali conversando, explicando, está jogando charadinhas, né? E pra quem conhece ((fala sorrindo)) sabe que aquilo ali não foi o normal, né?

Enfrentando a situação de desigualdade, M9 não confrontou o opressor, mas **falou com o colega que estava presente que não concordava com a situação, de forma que o opressor também ouvisse, e fez relatório sobre o ocorrido para entregar à sua chefia:**

Na época, como eu era sozinha [...] eu, particularmente, saía da sala, né? Porque ele não direcionava a mim em si. Ele falava com o colega. Então, assim, a gente acabava ouvindo, né? E... Eu, particularmente, não... não aceitava, né, conversava com a colega também do lado pra ele ouvir também da mesma forma que ele fazia. 'Oh, eu não aceito essas condições, então eu prefiro me retirar'. Eu acabava sendo errada ((fala sorrindo)), né, por sair, [...] ficava com o coração MUITO apertado. Porque, às vezes, a paciente só tinha a mim, né, como um suporte, como apoio [...] Fazia relatório, entregava para minha coordenação, daquilo que eu não aceitava. E esses relatórios foram surgindo não só de mim, mas de outros colegas e foram aumentando. Até que chegou um momento em que os profissionais que não entraram no sistema da instituição, acabaram sendo demitidos. Hoje, a gente não vê mais isso, né?"

b) Naturalização das desigualdades

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M9 diz não perceber mais situações de desigualdade após a mudança de profissionais de sua equipe de trabalho.

Situação 2

Nessa situação, **os envolvidos são a equipe de trabalho e as mulheres cuidadas**. M9 relata que a mudança da equipe de trabalho – tiveram profissionais demitidos e novos contratados – colaborou para um novo ambiente de trabalho:

[...] hoje a gente não tem mais isso, GRAÇAS a Deus. Mudou profissional, mudou equipe. Então, hoje, a gente está com uma equipe MUITO legal no trabalho. É... GRAÇAS A DEUS, a gente tem uma equipe bem diversificada, e uma equipe que respeita. Cada um respeita o outro, né, se impõe no momento certo, né, aceita discutir casos sem desigualdade. Não tem aquele: 'Ah, você é enfermeira e eu sou o médico'. Graças a Deus, esse cenário modificou bastante na instituição.

3.11 Enfermeira Obstétrica Negra M10

3.11.1 *Caracterização, atuação e contexto de trabalho*

M10, preta, 28 anos, divorciada, tem uma filha, mora em Santana do Paraíso e atua em Ipatinga (MG). Formada como Enfermeira há quatro anos e como Enfermeira Obstétrica há três anos. **Atua no centro obstétrico, de um hospital misto, que atende SUS e convênio, em uma cidade do interior.** A maternidade é dividida em centro obstétrico e alojamento conjunto. São quatro leitos PPPs; uma sala de indução com quatro leitos; uma sala de pré-parto, onde ficam pacientes na fase inicial do trabalho de parto, com quatro leitos; uma sala de tratamento clínico e preparo para cesárea com três leitos; uma sala de curetagem; duas salas de cirurgia e uma sala de recuperação. Há um ambulatório, adjacente ao centro obstétrico, com dois consultórios, sendo um de ultrassom e outro de administração de medicação, realização de cardiotocografia e atendimento. Na lateral do centro obstétrico, fica a casa das mães com dez leitos, onde permanecem as mães que tem os bebês internados na unidade neonatal e/ou gestantes que não tem condições de retornar para sua casa.

M10 e suas cinco colegas Enfermeiras Obstétricas atuam na assistência às gestantes de risco habitual, no trabalho de parto, parto e pós-parto; e às gestantes de alto risco, junto com a equipe médica. Presta assistência ao RN, junto com a pediatra. São 12 Enfermeiras Obstétricas formadas, porém, apenas seis atuantes: algumas fizeram a especialização à distância, mas não tem registro no COREN e atuam como generalistas. Em todos os plantões há, pelo menos, uma Enfermeira Obstétrica atuante. **Sobre a sua equipe**, M10 relata que, após seu projeto de intervenção sobre humanização da assistência, conseguiu treinar a equipe para a realização do contato pele a pele, importância da verticalização no trabalho de parto e respeito às escolhas da mulher. Na equipe médica, M10 estava observando mudanças positivas na assistência, mas muitos profissionais saíram e novos entraram, prejudicando esse processo de melhoria, o que foi muito doloroso. M10 relata que a aceitação da equipe quanto à sua atuação é muito diversa. Quando os médicos são mais intervencionistas, costumam criticar muito a atuação da Enfermeira Obstétrica e, às vezes, ela precisa ter embates em defesa da mulher.

Sobre as mulheres e famílias, algumas mulheres ainda estão um pouco resistentes em ser assistidas pela Enfermeira Obstétrica, ainda assim, menos do

que quando começou a atuar. M10 diz que elas não entendem bem o seu trabalho e sua função. Já ouviu comentários das mulheres de que não tinha dado tempo de chamar o médico e que, por isso, tinha nascido com a Enfermeira. M10 faz questão de explicá-las, dizendo que, como Enfermeira Obstétrica, tem capacitação para assisti-la. **Após se formar como Enfermeira Obstétrica**, M10 percebeu que sua atuação é uma realização diária muito maior do que imaginava e que se sente muito feliz e honrada de ocupar um lugar que não foi ocupado antes. Ela se ressignifica diariamente no trabalho. Relata que, como mulher preta e mãe solo, enfrentou muitas batalhas para ser o que é hoje. Saber que é tida, atualmente, como umas das referências de Enfermeira Obstétrica pela equipe, “é maravilhoso”, e que muito mais do que elevar seu ego, é como se ela estivesse curando feridas que ela mesma nem sabia que existiam. Relata que não se sente como “mais uma Enfermeira Obstétrica”, mas sim “A Enfermeira Obstétrica”. Além de ser reconhecida por muitos pelo trabalho, usufruir do que a própria Enfermagem Obstétrica já traz é perfeito: é muito bom sentir vidas chegando, uma família nascendo e uma mãe se transformando. M10 relata que são poucas as profissões que permitem ver isso diariamente e que ela pode fazer a diferença numa família, que vai repercutir pelo resto de suas vidas.

Figura 15: Desenho esquemático do setor onde M10 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M10 e aprovado por M10, 2021.

3.11.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M10 relaciona as três situações a seguir à **raça/cor** (situações 1,2,3).

Situação 1 Nessa situação de desigualdade, **os agressores são colegas de trabalho** e as **vítimas são M10 e suas colegas de trabalho**. M10 fala que quando entrou no serviço, era a única Enfermeira Obstétrica negra:

Quando eu entrei no meu setor, só tinha mais uma enfermeira negra. Hoje são cinco. Mas, era eu e mais uma. E aí, essa uma saiu, ficou por um bom tempo eu e, agora, GRAÇAS A DEUS, somos cinco. Agora, eu sinto isso mais velado, porque agora a chance de você falar da cor com alguma negra é maior do que antes. Podia-se falar mais. Porque era eu, se eu não estou no plantão ((fala sorrindo)), não tem outra negra pra poder falar, né?

Enfrentando a situação de desigualdade, M10 optou pelo **silenciamento**, observando a situação, guardando para si o sentimento de solidão em ser a única Enfermeira Obstétrica negra e desejando que a situação mudasse.

Situação 2

Nessa situação de desigualdade, **os agressores foram pessoas brancas** e **as vítimas foram M10 e sua filha**. Pessoas fizeram comentários com relação à cor da filha de M10 ao nascer:

Ah, tem as brincadeiras, que no fundo, nem são brincadeiras. Uma que eu ouvi muito foi quando a minha filha nasceu, porque ela nasceu clarinha, e aí, a brincadeira maravilhosa ((risos)) era: “Ah, mas filho de urubu nasce branco mesmo” ((fala sorrindo)). E ela CUSTOU tomar cor e tanto eu quanto o pai dela somos negros. Então, assim, a minha expectativa ((fala sorrindo)) era de pegar minha filha BEM negra, né? E aí veio ela um... LEITE. [...] Ficavam assim: “Gente, cadê a cor dessa menina?”, rindo. Até que ficaram assim: “Ah, mas filho de urubu nasce assim mesmo”. E aí, você olha pra pessoa, de onde que a brincadeira vem? De gente branca, loiro, claro, cabelo liso. Ninguém da MINHA família mesmo ((risos)), do cabelo crespo, negro, faz uma brincadeira dessa.

Enfrentando a situação de desigualdade, M10 **confrontou os agressores**:

Eu, geralmente, chamo a pessoa. [...] essa da brincadeira [...] que foi comigo, todo mundo riu e eu fiquei com cara de nada, e depois eu falei assim: ‘Eu não entendi’. E aí, todo mundo fica sem graça ((fala sorrindo)), porque eu fiz cara de nada: ‘Não entendi’. E aí perdeu a graça.

Situação 3

Nessa situação de desigualdade, **os agressores foram colegas de trabalho** e a vítima foi uma gestante. Um(a) técnico de Enfermagem fez um comentário sobre a paciente durante a preparação para a cesariana:

Numa cesariana, na degermação, você percebe que se esfrega mais, até que um vira e fala assim: 'Não adianta esfregar não, que não sai'. Mas é bem pontual. Essa situação da cesariana foi com uma paciente.

Enfrentando a situação de desigualdade, M10 dialogou com o colega de trabalho, dizendo sobre sua atitude racista:

Quanto às situações com o paciente que eu presencio, eu chamo a pessoa e AVISO se a atitude foi racista. E digo que não deve se repetir. 'Ah, mas não foi...', eu digo: 'Olha, você pisa no pé de uma pessoa, você não explica porque que você pisou. Eu-es-tou-te-falando que o que você fez foi racista e que não se repita. Eu não estou te pedindo explicações. Eu estou te falando que foi e que não deve ocorrer novamente'. E, assim, aí um olho torto ou outro, mimimi, que eu sou fresca, que eu sou chata, mas fazer o que? A gente sabe onde dói.

b) Desigualdades interseccionais

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M10 relaciona a situação a seguir à **raça/cor, paridade, condição socioeconômica – paciente ter convênio de saúde ou não ter** (situação 4).

Situação 4

Nessa situação de desigualdade, **a agressora foi uma médica e a vítima foi uma gestante**.

[...] Eu tenho uma experiência recente de uma múltipara negra, [...] gesta cinco, com quatro partos normais anteriores, que teve dois partos dela pelo convênio. Então ela teve analgesia nesses partos. E aí, não sei se o marido saiu da empresa... não sei o que aconteceu, ela retorna nessa quinta gestação SUS, e aí foi uma das primeiras solicitações dela a analgesia. Não em palavras, ela falava: 'Tem alguma coisa pra aliviar a minha dor?' [...] ela não era clara na fala de que eu quero analgesia, mas pra bom entendedor, [...] era claro o que ela estava pedindo. E aí, [...] enquanto Enfermeira Obstétrica, não tenho autorização de indicar analgesia como acontece em alguns outros serviços. A gente tem que solicitar que o profissional médico indique. [...] quando eu fui solicitar isso, é... eu ouvi que 'Ah, ela é múltipara. Vai nascer rapidinho. Não tem necessidade disso não'. E aí, eu falei: 'Não, mas ela está sentindo muita dor'. 'Não, não. Pode ficar tranquila que ela aguenta'.

M10 fala como se sentiu diante dessa situação, pensando em sua própria experiência de parto:

É uma frustração. A sensação... dói. Doi físico, dói, dói muito. [...] porque dói de profissional, porque eu queria poder fazer algo por ela/ e o pior que, assim, o não saber às vezes ajuda, porque eu sei que existe, eu sei que pode, eu sei que tem condições, eu sei que seria bom e não posso fazer por ela. E me dói, enquanto mulher. Por que ela precisa sentir tanto? Realmente, admiro demais as mulheres que passam pelo trabalho de parto sem analgesia. Eu pedi, eu tive. Então, porque que algumas conseguem, algumas não, e por quê que não pode ter quando ela quer? E me doeu, [...] enquanto pessoa, enquanto mulher negra, me doeu mais ainda de [...] porque que a nossa cor define a sua tolerância à dor? De onde que saiu que porque é mais de um filho, porque ela é negra, [...] ela tolera mais do que uma outra mulher toleraria?

M10 enfatiza a diferença de tratamento com relação à condição socioeconômica, paridade e raça/cor:

[...] Eu percebo vários vieses [...] de tratamento. O primeiro deles: a paciente convênio da paciente SUS. Alguns plantões é (sic) quase palpável a diferença, a distinção em relação à analgesia, a conforto, mesmo à atenção dispensada. É nítido. Outro viés [...] que eu percebo: paridade – primigesta ou múltipara. E um viés que, de vez em quando ((acontece)), me dói e aí é bem menor, é quase pontual, é cor. A gente pega um pouco desse viés de cor pra dor. A mulher negra ela ainda recebe MENOS alívio da dor farmacológico que a mulher branca, independente da paridade.

Enfrentando a situação de desigualdade, M10 dialogou com o agressor:

E aí, eu falei: ‘Não, mas ela está sentindo muita dor’. ‘Não, não. Pode ficar tranquila que ela aguenta’. E aí, ela aguenta, vinha outro comentário, mas como era eu ((negra)) ((risos)) [...] a pessoa olhou pra mim, o comentário veio até a ponta da língua e ele voltou. Então, eu penso que [...] viriam mais coisas, mas [...] se ela traz a cor pra conversa, a gente ia ter um outro problema ali ((fala sorrindo)).

Pensando em um enfrentamento das situações de desigualdade, em uma visão coletiva, para além do seu ambiente de trabalho, M14 fala sobre a importância de trabalhar sobre isso dentro da instituição:

[...] vale a pena a gente fazer um investimento muito grande em pré-natal, porque eu acho que essas desigualdades são políticas públicas que vão mudar isso e não é a gente que vai conseguir mudar tão rápido, não. É um processo lento. Isso se tivesse sendo investido em massa, coisa que a gente sabe que não está sendo atualmente. Mas que o que está na nossa mão fazer é mudar esse pré-natal, é empoderar essa mulher desde o pré-natal, porque no cenário do parto, não dá pra você ensinar ela o que ela pode. Ela já tem que chegar sabendo o que ela pode. [...] mudar no cenário do

parto é muito difícil, é muito rápido, e essa mulher já não está aberta a tantas transformações, porque ela está com dor. Você não consegue falar de plano de parto, de empoderamento com uma mulher no meio de uma contração. Então, eu acho que essas desigualdades a gente trata elas na base, na raiz, que é o pré-natal hoje. Teria como voltar um pouco antes, mas o pré-natal, pra mim, seria o marco zero pra transformar. E é muito importante. Precisa muito. Especialmente, na minha região.

3.12 Enfermeira Obstétrica Negra M11

3.12.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M11, parda, 31 anos, união estável, tem 01 filho, mora e atua em Araçuaí (MG). **Formada como Enfermeira** há dez anos, como Enfermeira Neonatologista há nove anos e como Enfermeira Obstétrica há três anos. **Atua em uma maternidade pública**, onde o índice de cesariana é ainda alto, sendo cerca de 35 a 39% por mês. Possui um PPP bem bacana e há um projeto de montar outro. Há pouco tempo, conseguiram que o RN saia da maternidade com o teste do pezinho realizado e as vacinas administradas. **M11 é a única Enfermeira Obstétrica da maternidade.** Tem uma colega Enfermeira, que está fazendo especialização em Enfermagem Obstétrica e atuava em parceria com M11. As duas ficavam em dias alternados. Elas compartilham dos mesmos pensamentos e tentam levar inovações para a maternidade, baseando-se em experiências positivas de outros serviços e em artigos científicos. Atualmente, M11 faz oito horas diárias, com folga no sábado e no domingo. A parceira de M11, devido à questão do coronavírus, assumiu oito horas diárias no setor que recebe pacientes com coronavírus. À noite, quem assume é a enfermeira da clínica. Na assistência à parturiente, M11 acompanha todo o trabalho de parto, baseando-se em evidências científicas e protocolos assistenciais. O médico fica sob aviso, a 10 minutos de distância da maternidade. Quando a mulher está em período expulsivo, ele é comunicado e finaliza a assistência ao parto. Uma mudança que tem acontecido é que, na admissão, M11 tem conseguido fazer a avaliação inicial da mulher e comunicar o caso ao médico, para confirmar se ela será ou não internada. Relata que os médicos estão percebendo que isso acaba lhes ajudando; eles confiam e sabem da capacidade dela e de sua parceira. Alguns médicos não têm muita paciência de estudar para aprimorar o conhecimento e não aceitam muito trabalhar com protocolos; porém, estão mudando aos poucos.

Sobre sua equipe, M11 relata que, a cada dia, a equipe percebe que a Enfermagem Obstétrica faz toda a diferença pelo conhecimento que apresenta. Destaca que a assistência da Enfermeira Obstétrica com a parturiente é diferente da assistência dos outros colegas Enfermeiros da clínica. M11 diz que tenta trabalhar com capacitações e que os técnicos de Enfermagem aceitam as orientações dadas por ela. Os técnicos também têm muita autonomia, principalmente as que possuem muitos anos de atuação. Elas gostam de ver a forma com que M11 cuida da mulher e esse exemplo de assistência vai contagiando-as. Com relação à equipe médica, M11 diz que a luta é diária para a melhoria da assistência. Às vezes, parece que todos estão contra, principalmente os profissionais mais antigos. Há uma médica obstetra, que não faz parte do corpo clínico do hospital, mas avalia a mulher no consultório particular; e que defende muito o parto humanizado, com menos intervenção. Essa médica fala bastante do trabalho de M11 e de sua parceira para as mulheres grávidas e orienta-as para procurá-las. Essa demanda tem aumentado bastante. No ano passado, as duas acompanharam quatro gestantes em trabalho de parto: iam para a casa delas; quando atingissem de cinco a seis centímetros de dilatação, iam para a maternidade junto com a mulher.

Sobre as mulheres e famílias, M11 diz que elas têm reconhecido positivamente a assistência prestada pela Enfermeira Obstétrica. Relata que as mulheres chegam muito cruas de informação: sabem que vão sentir dor, mas não sabem o que vai acontecer, como devem se comportar ou quais os benefícios do parto normal. Ela e sua parceira fazem o trabalho de orientá-las, o que muitas vezes falta no pré-natal. **Após se formar como Enfermeira Obstétrica**, M11 diz que já teve muitas frustrações e que os desafios não têm sido fáceis, principalmente os embates com a equipe médica. Mas que, aos poucos, tem conseguido conquistar seu espaço nesse cenário e ser reconhecida pelo trabalho bacana que tem desenvolvido.

Figura 16: Desenho esquemático do setor onde M11 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M11, aprovado por M11, 2021.

3.12.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da Interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M11 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **classe profissional** (situação 1).

Situação 1: Na situação de opressor, tem-se **o médico** e, na situação de oprimida, **a própria Enfermeira Obstétrica M11**. Ela fala de como é tratada pelo médico:

[...] eu vejo acontecendo isso muito com a classe médica, sabe? [...] 'Quem que pensa que é?' Às vezes, alguma conduta ou alguma atitude minha, né [...]: Por que que está agindo assim? [...] Sinceramente, ((sinto)) muita tristeza! Porque... das vezes que aconteceu, eu vi que a minha conduta estava totalmente certa e por IGNORÂNCIA [...] da pessoa em todos os aspectos [...] às vezes, por falta de humildade mesmo, né, e por achar que está num escalão assim mais elevado, eles têm o direito de SABER mais, entendeu? A gente tem sempre que saber menos.

Nesse contexto, M11 fala especificamente de sua relação com determinado médico:

Então, eu tenho muita dificuldade [...] com um obstetra, sabe? MUITA dificuldade mesmo! Parece que não quer que as coisas dêem certo, sabe? Mas nunca chegou pra me falar. Mas parece que não gosta da assistência. [...] prega uma coisa e, no fundo, é outra. E, quando a gente tenta levar inovações, nunca dá apoio pra dar certo. [...] sempre fica nos porquês, sempre colocando negatividade em cima de tudo, sabe?

Enfrentando as desigualdades, M11 optou pelo **silenciamento**, mas tentou demonstrar que não gostou, por meio de sua expressão facial e saindo do ambiente onde estava o opressor:

[...] na situação em que a gente vive, numa cidade pequena, é respirar fundo e, às vezes, deixar passar. [...] E assim cada pessoa tem um tipo, né/ uma personalidade. E a minha personalidade é muito assim: respirar, saber fazer uma análise da situação, saber que você não está errada, mas não adianta nada o que você falar que vai mudar, porque a pessoa, às vezes, né, sempre foi daquela forma. [...] E, às vezes, no fundo, eu sei que a pessoa sabe que o que está fazendo é errado, mas não tem a humildade de chegar e falar: 'Oh, desculpa, eu errei.' Não tem. Então, é melhor [...] não absorver nada, sabe? E na minha posição, quando isso acontece[...] que eu acompanho a avaliação, eu simplesmente saio da sala. Sabe? Fecho a cara. [...] não tenho coragem de chegar e falar tipo: 'Não gostei!' [...] mas aí eu fecho minha cara e saio e peço outra pessoa pra... pra terminar junto a avaliação, entendeu? [...] pelo menos, dessa forma eu tento, às vezes [...] mostrar, tipo assim: 'Não gostei.' [...] Pelo jeito que eu conheço a pessoa que faz.../ que faz isso. [...] É uma pessoa [...] que tem influência, sabe? Uma decisão pode mudar tudo, pode me prejudicar.

b) Desigualdades interseccionais

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M11 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **classe profissional** e **questões políticas** (situação 2).

Situação 2: Na situação de opressora, tem-se a **médica** e, na situação de oprimida, a **própria Enfermeira Obstétrica M11**. Ela falou sobre a vez em que foi realocada em outro setor dentro do hospital:

Sem justificativa alguma ((fui mudada de setor)). [...] depois, a mesma pessoa que pediu pra me tirar foi a mesma pessoa que me pediu pra voltar. [...] tem uma coisa também que envolve muito cidade pequena é política/ demais da conta. Então, isso atrapalha a gente de um certo jeito, sabe? [...] eu não tenho lado partidário, assim, não apoio, não sou de falar... em rede social. De forma alguma. Mas acaba influenciando. E uma das nossas parcerias também, né, é do meio político, de liderança, e tem uma rivalidade com uma também que está na maternidade, entendeu? Então, isso aí já começa já os constrangimentos. Até isso interfere na nossa assistência, sabe? E aí, do nada/ tipo assim, por incomodar uma pessoa que é de decisão da maternidade, aí pediram pra me tirar, me tiraram e aí depois A PRÓPRIA, né/ [...] quando as coisas apertaram de uma assistência, uma mulher descompensa, uma hemorragia, foi a PRIMEIRA a falar: 'Chama a Thaís!', entendeu? [...] Então, é coisa que eu não consigo compreender, sabe? [...] Muito complicado!

Enfrentando as desigualdades, M11 optou pelo **silenciamento**. **Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades**, M11 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **classe socioeconômica e raça** (situação 3).

Situação 3: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimidas, **as pacientes pobres e negras**. M11 falou sobre a diferença de tratamento entre as mulheres atendidas no serviço:

Chegaram duas gestantes ao mesmo tempo para avaliar. E aí uma, né, uma classe melhor, uma pele clara, aí atende com a maior boa vontade, com a cara boa. Aí, às vezes, chega uma, né, com a classe social menos favorável, com a cor, né, da raça negra, a gente vê [...] o rosto que muda." [...] Às vezes, é nítido. [...] mais é uma pessoa mais da maternidade [...] que a gente vê essa forma de tratar as parturientes. [...] Uma coisa que eu fico muito incomodada, não é pouco. [...] Porque a gente se sente mal. Isso é muito assim de ser humano, sabe? [...] E tem umas coisas que é da pessoa mesmo ser assim. Você olha [...] e pensa: Poxa vida, isso nunca vai mudar? [...] às vezes, UMA PESSOA [...] consegue influenciar muitas outras de forma negativa. [...] tem o poder de decisão; é uma pessoa protegida pela direção.

Enfrentando a desigualdade, M11 **auxiliou** a paciente:

[...] quando isso acontece, aí tipo assim, a gente tenta suprir da melhor forma, sabe? Tipo assim a gente já trata bem ((a paciente)), mas aí tipo assim a gente coloca no colo, sabe?

c) Naturalização das desigualdades

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M11 diz não ter vivenciado situações de desigualdade relacionadas à **classe socioeconômica** (situação 4). Embora tenha dito isso quase ao final da entrevista, anteriormente, M11 havia citado a situação 3, onde apontou a classe socioeconômica como uma forma de opressão.

Situação 4: Nessa situação, **os envolvidos** foram M11, colegas de trabalho e as pacientes:

Até que isso, graças a Deus, [...] como nossa população é uma população muito humilde, sabe, Tá? [...] até no momento, nunca presenciei não, sabe? Nunca presenciei, [...] que tenha acontecido comigo/ que marcou mesmo... eu não lembro não.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M11 diz não ter vivenciado situações de desigualdade relacionadas ao **gênero** (situação 5).

Situação 5: Nessa situação, **os envolvidos** foram M11, colegas de trabalho e as pacientes:

Na maternidade [...] nós trabalhamos com mais mulheres, nós temos só dois homens, só dois obstetras mais antigos, entendeu? Em relação à essa questão assim, não.

3.13 Enfermeira Obstétrica Negra M12

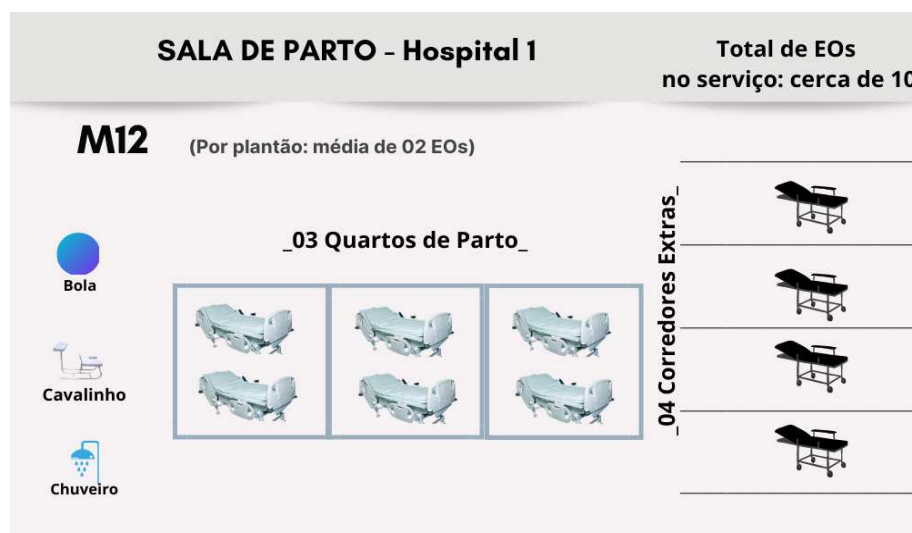
3.13.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M12, parda, 37 anos, solteira, não tem filho, mora e atua em Brasília (DF). **Formada como Enfermeira** há 10 anos, como Enfermeira Obstétrica há três anos e em Auditoria de serviços de saúde. **Atua em dois hospitais públicos** no Distrito Federal. No hospital 1, há três quartos de parto, onde ficam as gestantes em trabalho de parto, com dois leitos e um berço aquecido em cada. Os quartos são pequenos e nem todos os leitos são PPPs. Há macas nos quatro corredores extras, que, em geral, são ocupados por puérperas. O setor costuma ficar superlotado. Tem bola, cavalinhos e alguns chuveiros com água quente. O hospital 2 é referência para o alto risco. **No hospital 1, M12 realmente tem uma atuação como Enfermeira Obstétrica.** Em cada plantão, ficam, em média, duas Enfermeiras Obstétricas. No total, são cerca de dez. **No hospital 2, são três Enfermeiras Obstétricas atuantes.** M12 e outros quatro enfermeiros atuam como generalistas no centro obstétrico, apesar de possuírem especialização de Enfermagem Obstétrica. A entrevistada M12 atua mais na parte administrativa e na assistência não relacionada diretamente ao parto.

Sobre a sua equipe, no hospital 1, a inserção da Enfermeira Obstétrica na equipe é muito boa, até por ter o apoio da supervisão de Enfermagem, da gerência, da direção do hospital e de parte da chefia médica. No início, às vezes, quando estava acompanhando uma parturiente, no momento do parto, os médicos, simplesmente, entravam e começavam a tomar condutas. Atualmente, ela percebe uma melhora: em geral, não ficam intrometendo na situação, a não ser que sejam solicitados por ela. No hospital 2, a resistência é bem menor por parte da equipe médica. No início, houve bastante resistência dos residentes de medicina, de ginecologia e obstetrícia. Ainda não há residência em Enfermagem Obstétrica, mas há planos para sua implantação. **Sobre as mulheres e famílias**, em geral, elas

aceitam bem a assistência prestada pela Enfermeira Obstétrica. M12 percebe isso quando pedem para ela não sair de perto e, às vezes, no pós-parto, quando fazem um elogio para o setor de ouvidoria do hospital. M12 diz que nenhuma mulher ainda se recusou de ser assistida por ela.

Figura 17: Desenho esquemático do setor onde M12 atua (Hospital 1)



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M12, e aprovado por M12, 2021.

3.13.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M12 relaciona a situação à **orientação sexual** (situação 1):

Situação 1: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimida, **uma mulher**. M12 fala da forma como a equipe tratava uma paciente:

Eu já vi uma vez a forma pejorativa com que a equipe se destinava a uma mulher... uma mulher lésbica. Estava ela e a parceira e assim foi tratada com desdém a paciente. Geral. A equipe de enfermagem, a equipe médica... Na realidade, eu não vivenciei DIRETAMENTE isso. Eu só percebi através de algumas falas. Eu me senti... como é que eu posso dizer? ((fala sorrindo)). Não me gerou um incômodo, mas, como eu acabei ficando na minha... foi meio que indiferente assim.

Enfrentando a situação de desigualdade, M12 optou pelo **silenciamento**. Mesmo tendo dito que a situação não lhe gerou incômodo, M12 diz:

No momento, infelizmente, a conduta que eu tive foi só de ficar calada e eu não falei nada com relação a isso ((fala sorrindo)).

b) Naturalização das desigualdades

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M12 relaciona a situação ao nome da mulher (situação 2):

Situação 2: Na situação, **os envolvidos são a mulher e os colegas de trabalho**. M10 não acredita que a situação esteja relacionada à raça e etnia:

Já aconteceu de nós termos uma paciente acho que da Angola. [...] não era em relação à cor. Como ela tinha também um nome bem complicado, eu via que algumas pessoas falavam assim: 'Ah, aquela lá da Angola. Aquela africana.' Eram coisas desse tipo assim. [...] essa eu não presenciei. [...] No momento ((em que ficou sabendo)), eu não senti nada não.

Enfrentando a situação de desigualdade, M12 optou pelo **silenciamento**, até porque relata que não sentiu nada quando ficou sabendo do ocorrido.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M12 não percebe situações de desigualdade relacionadas à **classe socioeconômica** (situação 3):

Situação 3: Nessa situação, **os envolvidos são a mulher e os colegas de trabalho**:

[...] isso eu nunca presenciei, porque.../ hospitais públicos, a população que a gente atende são pacientes em que boa parte realmente é de classe mais baixa, de renda mais baixa. Então, nunca vi com relação a isso não.

3.14 Enfermeira Obstétrica Negra M13

3.14.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M13, parda, 38 anos, casada, tem dois filhos, mora e atua em Janaúba (MG). **Formada como Enfermeira** há 10 anos, como Enfermeira Intensivista há oito anos e como Enfermeira Obstétrica há três anos. **Atua em um hospital público com maternidade**. M13 diz que a estrutura ainda é muito carente, mas ainda assim, tem conseguido fazer um bom trabalho. Na sala de pré-parto, há quatro boxes, cada um com uma cama, separados por cortinas e inspirados no Hospital Sofia Feldman, de

Belo Horizonte. Há um espaço para as mulheres deambularem durante o trabalho de parto, bolas, banquetas, escada de ling e cavalinho. A sala de parto possui uma maca na posição litotômica, mas, geralmente, o parto das mulheres acontece no leito em que elas já se encontram, na posição que desejam. **M13 e sua colega Enfermeira Obstétrica** atuam na assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto, apenas em plantões diurnos, e utilizam métodos não farmacológicos de alívio da dor. Há mais uma Enfermeira Obstétrica, mas ela atua como generalista. Relata que, quando os leitos estão cheios, a qualidade da assistência é comprometida, porque há apenas uma Enfermeira Obstétrica para cuidar de quatro parturientes.

Sobre sua equipe de trabalho, M13 relata que sentiu que a equipe médica foi mais acolhedora e percebeu certa resistência dos profissionais da Enfermagem com relação à sua atuação, talvez devido aos ciúmes por ela ser novata e ter o diferencial da especialização em Enfermagem Obstétrica. **Sobre as mulheres e famílias**, M13 relata que elas demonstram muita satisfação com o atendimento prestado pela Enfermeira Obstétrica e lamentam ao saberem que não têm Enfermeiras Obstétricas em todos os plantões. **Após se formar como Enfermeira Obstétrica**, M13 sente-se realizada profissionalmente. A execução do seu projeto de intervenção do CEEOil permitiu que conseguisse doação de recursos materiais para a maternidade, o que contribuiu para a implementação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no serviço.

Figura 18: Desenho esquemático do setor onde M13 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M13 e aprovado por M13, 2021.

3.14.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M13 relacionou a situação a seguir à **classe socioeconômica** (situação 1):

Situação 1: Na situação de opressores, tem-se **os médicos** e, na situação de oprimidas, **as pacientes pobres**. M10 falou sobre a realização de cesáreas a pedido, antes de começar sua atuação como Enfermeira Obstétrica:

[...] a gente, às vezes, presencia em relação a financeiro. [...] a mulher ela chegou, ela tinha uma situação melhor, né, financeira. [...] ela disse que não aguentava mais sentir a dor e ela queria um parto cesariana. E aí, foi por questão dela querer mesmo, não foi questão de indicação não. E aí, foi realizada. [...] o médico estando no plantão, ele não pode receber, né/ não pode fazer cirurgia particular. E eu acredito que, antigamente, existia isso aqui. [...] achava-se que não era visto, né, pela instituição e fazia. E esse pagamento era totalmente com ele, não era feito na [...] recepção da instituição como é hoje, né? Hoje eu não fico mais sabendo, porque igual eu te falei, eu não tenho visto mais acontecer, até mesmo porque a equipe foi mudada. [...] Mas, antes, EU ficava muito frustrada.

Enfrentando a situação de desigualdade, M13 **dialogou** com sua amiga, orientando-a:

Inclusive, isso já aconteceu com uma colega minha. E eu orientei ela. [...] Se caso tal profissional oferecesse para ela, né, [...] que ela pagasse e que pagasse para ele, que ela não aceitasse. E ela fez, porque ela falou que não aguentava a dor mais. E ela pagou PARA ELE, dentro da salinha, e realmente foi escondido.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M13 relacionou a situação a seguir à **classe profissional** (situação 2):

Situação 2: Na situação de opressores, tem-se **o diretor da maternidade e a coordenadora de enfermagem** e, na situação de oprimidas, **as Enfermeiras Obstétricas** (M13 e sua colega). M13 falou como era seu reconhecimento como Enfermeira Obstétrica pela sua instituição de trabalho:

Infelizmente, a gente não é remunerada como Enfermeira Obstetra, né? Inclusive, nem na carteira não tem colocado. E, assim, já foi uma solicitação da gente para a diretoria da instituição, mas a gente não foi ouvida. Mas a gente é cobrada como Enfermeira Obstetra sim. Porém, eles falaram que não tem interesse NENHUM de colocar na nossa carteira que a gente é Enfermeira Obstetra [...] nos apresentam para a sociedade, tipo assim, o Ministério vem aqui, procura saber ou pergunta: ‘Tem algum Enfermeiro Obstetra?’, ‘Tem’,

eles apresentam, mas eles não têm isso em carteira, a gente não tem na carteira [...]. E a gente recebe como todos. E como antes também, nada a mais do que éramos antes da especialização. [...] Nós não estamos satisfeitas com isso, entendeu? Porque, se a gente não fosse cobrada, mas a gente é cobrada a todo momento. [...] a gente quebrou muitas vezes o galho em questão do plantão em si é... até mesmo pela sobrecarga de trabalho, mas a gente não tem esse reconhecimento.

Enfrentando a situação de desigualdade, M13 confrontou o diretor e sua coordenadora de Enfermagem, juntamente com suas colegas Enfermeiras Obstétricas, em reunião:

Nós sentamos, né, nós três que somos hoje as Enfermeiras Obstetras do hospital, e chegamos a um determinado ponto em que a gente deveria conversar e falar com ele sobre isso. Mas a gente não fez nada assim formal, por escrito. Foi um momento oportuno [...] em que eu fui cobrada pelos relatórios de enfermagem. O que que acontece? [...] Se você oferecer um banho para a paciente, você tem que relatar, né? Se você oferecer uma bola você tem que relatar. Então os relatórios estavam ficando incompletos demais. E eu sinto isso, foi verdadeiro, né? Mas a gente foi cobrado, mas a gente não é reconhecido como profissional não. A gente só é cobrado.

Aí foi o momento em que eu tive a oportunidade de falar sobre a questão de registrar, né, em carteira essa... essa/ a profissão mesmo da gente, né? E aí, foi o que eu ganhei de resposta foi isso: 'Que não tem interesse, [...] a instituição não vai receber... [...] Não acrescenta em nada para a instituição.' Aí eu falei que, para mim, acrescentava. Aí ele discordou e falou que não acha que acrescentava em nada para mim. Eu falei: 'Pois você saiba que acrescenta.' [...] Ele disse que [...] se ele fosse me colocar como Enfermeira Obstétrica, ia me deixar muito restrita a um setor. Como eu presto assistência também em outro setor, como na UTI, ele não poderia me remanejar, a minha coordenadora não poderia me remanejar, uma vez que eu tenho registro na carteira como Enfermeira Obstetra. Eu fui e discordei, porque eu falei com ele que o meu Conselho não rege isso, não fala nada disso. [...] desde que eu tenha COMPETÊNCIA para trabalhar em outro setor, eu posso sim. Mas que eu ia ligar no meu Conselho e ver se isso mudou. Assim eu fiz. Liguei e não ouve mudança nenhuma. Não fica limitada. Coisa que ele colocou da própria cabeça dele.

M13 falou sobre o posicionamento de sua coordenadora de enfermagem diante dessa situação:

Ela apoia a instituição e não nos apóia em momento algum. Eu fiquei de boca aberta. Inclusive, essa conversa foi com ela também, né, junto a ela. Foi junto com a supervisora e a coordenadora RT da Enfermagem. [...] Ela falou que, realmente, fica difícil de me remanejar. Aí eu liguei no COREN, o COREN me falou que não tem

nada disso, a não ser que seja algum documento interno da instituição. Talvez o sindicato daqui tenha alguma coisa a me dizer. E já até tentei várias vezes fazer esse contato nesse mesmo dia, mas só que não tive sucesso.

b) Naturalização das desigualdades

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M13 não percebeu situações de desigualdade relacionadas à raça (situação 3):

Situação 3: Nessa situação, **os envolvidos** foram M13, colegas de trabalho e as pacientes:

Olha, tá, eu nunca vi assim a questão diretamente [...] que ela ((a paciente)) sofreu uma desigualdade em questão à cor, por exemplo.

3.15 Enfermeira Obstétrica Negra M14

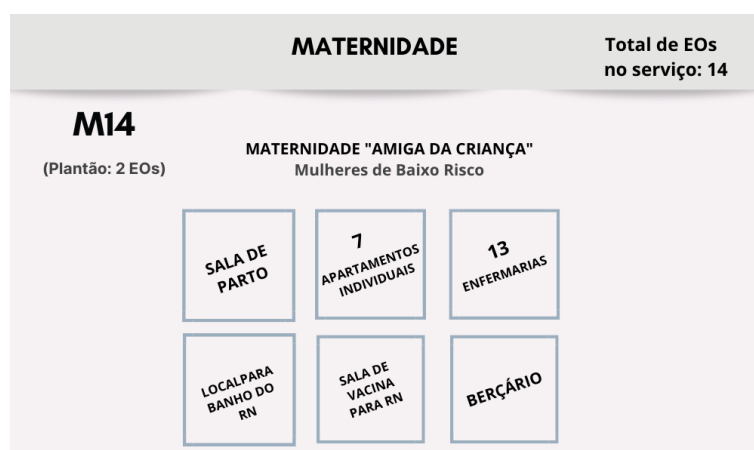
3.15.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M14, parda, 44 anos, casada, tem uma filha, mora e atua em Limoeiro (PE). Formada como Enfermeira há 19 anos e como Enfermeira Obstétrica há três anos. **Atua em uma maternidade de baixo risco**, de pequeno porte, embora seja referência para a região. O atendimento inicial da mulher é feito pelos médicos. A maternidade, que se chama “Amiga da Criança”, tem uma sala de parto e sete apartamentos, com ar condicionado e banheiro, sendo cinco com um leito e dois com dois leitos. Tem cerca de mais 13 enfermeiras, o local para o banho do bebê e a sala de vacinas para os bebês – BCG e Hepatite B. Caso o bebê precise ficar aquecido ou de suporte respiratório, fica no berçário. A maternidade tem várias fotos de mães e bebês que harmonizam o ambiente. **M14 e suas 13 colegas Enfermeiras Obstétricas** prestam assistência às mulheres de risco habitual, sendo duas a cada plantão de 24 horas. Tem colocado em prática as medidas de conforto para as mulheres, porque a demanda de atendimento não é grande, e a presença do acompanhante é permitida, exceto no momento do parto – o que M14 considera uma limitação. A mulher tem a opção de ir para a sala de parto ou parir no leito em que já se encontra. A entrevistada também realiza palestras para as mulheres sobre os cuidados com o recém-nascido, amamentação e higiene.

M14 trabalha também no alojamento conjunto, em outro hospital do Estado. Sobre a sua equipe, M14 relata que a de Enfermagem é tranquila e que

não tem problema de relacionamento com as médicas, apesar de ter uma servidora altamente intervencionista na assistência. Muitos técnicos de Enfermagem, principalmente os concursados, que trabalha há muitos anos na instituição e demonstram-se cansados do trabalho. **Sobre as mulheres e famílias**, M14 diz que a relação é a melhor possível e que nunca se recusaram de serem assistidas por ela. Tem umas que se surpreendem com a Enfermeira Obstétrica, porque, para elas, dentro do hospital, todo mundo é “doutora”. M14 sempre se apresenta à mulher e explica suas competências como tal. Muitas até preferem ir para a maternidade em que M14 atua, já que têm Enfermeiras já conhecidas pelo seu trabalho.

Figura 19: Desenho esquemático do setor onde M14 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M14 e aprovado por M14, 2021.

3.15.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M14 relaciona a situação a seguir à **classe socioeconômica** (situação 1):

Situação 1

Nessa situação de desigualdade, **a agressora foi a técnica de enfermagem e a vítima foi a acompanhante da paciente**. A técnica reclamou com M14 sobre a acompanhante:

Teve um plantão lá em Limoeiro, que ((estavam)) as acompanhantes de cesariada e as pacientes. E as acompanhantes sem muita noção pra colocar no peito, essas coisas. Aí eu pedi para a técnica dar uma assistência melhor. Aí a técnica: “Eu num sei PRA QUE essas

acompanhantes que não fazem NADA. [...] eu percebi que a menina ficou chateada. Eles ((técnicos)) não querem nem saber.

Enfrentando as desigualdades, M14 confrontou a agressora:

Primeiro lugar, a gente está aqui pra que? [...] Aí ela falou não sei que. Aí eu disse: “[...] A gente está aqui para dar assistência. A acompanhante ela não tem obrigação de fazer o nosso papel. Elas estão pra ajudar, mas quem tem que puncionar... [...] somos nós. Você pode ir lá ensinar mil vezes, mas elas não têm obrigação de aprender logo de início não. [...] nessas questões, de... tratar mal, de ter essa desigualdade, eu realmente sou intransigente. Eu não aceito não, sabe? Eu realmente acho complicadíssimo e falo. Agora tem gente, que você me desculpe, é a essência, não muda, que é ruim. É ruim. Tem técnico, como tem médicos, como tem enfermeiros, que eles são pessoas RU-INS, são pessoas más. Que, infelizmente, estão dentro da Enfermagem porque estudaram para estar ali, mas nem todo mundo tem a competência devida para estar na Enfermagem.

M14 expressa a dificuldade com os técnicos de Enfermagem, também em outros momentos:

Só que eu já dei muita aula pra técnico de enfermagem. E sempre disse a eles que, infelizmente, a enfermagem ela peca em algumas coisas. Quando tem um acompanhante, ela acha que [...] a obrigação de alguns procedimentos é do acompanhante. O acompanhante ele está ali pra, primeiro, apoio psicológico DO PACIENTE que está lá, pra ele não ficar sozinho e não entrar em neura. O banho, por exemplo, ela pode ajudar, mas [...] na enfermagem, eles transferem o banho para o acompanhante. Eu SEI que são muitos pacientes pra pouco técnico, por isso que os acompanhantes terminam ajudando, mas isso também faz com que o técnico jogue a responsabilidade ao ponto de: ‘Quando o soro acabar, me avise.’ Não tem que acabar para avisar. Você tem que estar ligado, você que botou o soro/ que o gotejamento é tanto, que vai acabar mais ou menos em tantas horas. Você tem que ir lá [...].

b) Desigualdades interseccionais

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M14 relaciona a situação a seguir à **condição socioeconômica, nível de escolaridade, presença de doença psiquiátrica** (situação 2):

Situação 2

Nessa situação de desigualdade, **os agressores foram colegas de trabalho e as vítimas foram pacientes mulheres**. M14 fala da diferença de como as pacientes são tratadas:

[...] quando as pessoas... [...] tem o poder aquisitivo que aparentemente se percebe ou também tem uma instrução melhor, aí o profissional trata melhor. E quando é aquela pessoa de baixa renda, sem muita visão, aí faz de qualquer jeito. Isso aí, na enfermagem, vira e mexe você vê isso. [...] Tem uma puérpera que precisa de um apoio psicológico, aí já fica meio motivo de chacota do pessoal: 'Não, porque ela é doída, num sei o que...'. E não é assim. Ou então, às vezes, a puérpera reclama de uma coisa e outra, aí o pessoal: 'Essa mulher reclama'.

Enfrentando as desigualdades, M14 confrontou o agressor:

Eu digo: 'Será que ela não está com uma depressão puerperal?' [...] Algum motivo tem. Então, a gente tem que olhar ela como um todo.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M14 relaciona a situação ao **gênero** e **raça/cor** (situação 3):

Situação 3

Nessa situação de desigualdade, **o agressor** foi o médico e **as vítimas** foram duas parturientes. M14 fala de duas parturientes e como cada uma foi tratada:

[...] tinham duas mulheres para parir: uma branca e uma negra. E eu sempre olhando as duas, não só eu como as meninas também. E a branca cansada e a negra cansada também do mesmo jeito. E eu já estava pensando: 'Meu Deus, essas meninas não tem condições não. Nem uma e nem outra.' Aí chegou o X médico, HOMEM, né, porque/ uma vez eu estava até conversando, né: "Meu Deus do céu, não sei porque a Obstetrícia 90%, 80 é mulher e, às vezes, tem médica TÃO desumana. É mãe, engravidou, pariu, sentiu tudo e ainda consegue ser desumana com uma outra mulher." É isso que me choca dentro da Obstetrícia. E aí, veio um homem, né? Tem homem que é sensível, mas tem homem que não é. Tem médico que é, desculpa a expressão, cavalo batizado. Eu sei que ele chegou, avaliou a branca e avaliou a negra, e eu só observando. Aí ele chegou e foi lá pra gente e disse assim: 'Oh, essa aqui... ((mulher branca)) ela vai para a cesárea agora.' Aí eu: 'Tá e a outra?', 'Não, a outra ainda dá pra aguentar e parir normal.' E a menina já estava PAS-SA-DA. Eu digo: 'Meu Deus do céu!' Ela IM-PLO-RA-VA para uma cesárea [...]. A menina branca foi para a cesárea. [...] ele achou que a negra tinha mais dor e ela poderia aguentar e parir normal, coisa que ela não tinha mais condições, porque não tinha condição orgânica.

M14 enfatiza como se sentiu diante dessa situação:

[...] Eu não gosto de injustiça; [...] eu trato todo mundo muito bem, com o devido respeito e dentro da igualdade. Então, [...] eu me sinto mal. Como eu me sinto mal de ver que a médica está atendendo a paciente, independente que seja branca..., de forma grosseira, entendeu? EU não gosto.

Enfrentando as desigualdades, M14 auxiliou as vítimas e dialogou com outra médica, que estava atuando no momento:

Quando a outra médica chegou, [...] eu disse: ‘Doutora, dá uma olhada nessa paciente, porque ela já não aguenta mais. [...] Olhe, já botamos ela de quatro apoios, de joelho. Olhe, só falta botar a mulher de cabeça para baixo.’ Aí a médica foi, avaliou ela e disse: ‘Não, vamos entrar para a cesárea.’ Aí isso aconteceu, eu, na época, nem... nem tinha noção desse negócio de gênero...

c) Naturalização das desigualdades

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M14 relaciona a situação à **condição socioeconômica** (situação 4):

Situação 4

Nessa situação de desigualdade, os envolvidos são os colegas de trabalho e as pacientes. M14 relata que não percebia situações de desigualdades relacionadas ao **gênero** em seu ambiente de trabalho:

[...] eu nunca tinha prestado atenção. A verdade é essa. [...] Aí eu fui para um Fórum Perinatal no Recife, né? [...] as palestrantes lá e elas falando sobre isso. Que tinha a... desigualdade de gênero e eu cá comigo pensando: ‘Meu Deus, o que que essas mulheres estão falando? Na minha experiência não existe não.’ Mas elas falando uma coisa e outra, aí a gente começa a relembrar.

Enfrentando as desigualdades, M14 passou a ficar mais atenta em suas observações:

Agora de lá pra cá, eu venho muito observando e assim, eu não observo... [...] pode ser que o médico ele tenha isso, mas assim, no meu plantão, eu não admito. [...] Se eu ver algo nesse sentido, eu não deixo. Nem por parte de médico, nem por parte de técnico. E a colega que trabalha comigo ela vai na mesma linha minha.

Pensando em um enfrentamento das situações de desigualdade, em uma visão coletiva, para além do seu ambiente de trabalho, M14 fala sobre a importância de trabalhar sobre isso dentro da instituição:

[...] o bom era que a educação permanente das instituições elas reforçassem mais essas questões, sabe? [...] eu acho que muitas vezes isso é porque a gente entra pra trabalhar e a educação permanente a gente só vê em faculdade [...] mas na prática não tem não, viu? [...] ‘Vamos chamar! Vamos mostrar! Pronto. Uma vez no mês, vamos pegar a equipe, vamos trabalhar o tema desigualdade pra poder ver a cabeça das pessoas, para se estiver fazendo, não fazer mais.’ Mas não. Aí se torna aquele trabalho repetitivo, repetitivo. O pessoal vai trabalhar, como às vezes eu digo com o pé

nas costas, já vem, não querem trabalhar, insatisfeito com alguma coisa, entendeu? E aí... vai perpetuando isso aí ó dentro do serviço por anos e anos. Entra gente, morre gente, se aposenta, entram novatos. [...] O que é que precisa é que entrem pessoas DI-FE-RENTES [...] De igual por igual é melhor nem estar aqui, porque é farinha do mesmo saco. [...] Se a chefia reclamar e levar adiante, beleza. [...] Se pegar uma Enfermeira que também não está nem aí pra nada, minha filha, o plantão vai ser nem aí pra nada e vão ter todas essas desigualdades que a gente está falando aqui.

3.16 Enfermeira Obstétrica Negra M15

3.16.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M15, parda, 49 anos, divorciada, tem 02 filhos, mora e atua em Itapajé (CE). **Formada como Enfermeira** há 28 anos, como Enfermeira Obstétrica há três anos, Especialista em Saúde Pública há 16 anos e em Saúde da Família há sete anos. **Atua em um hospital público, de pequeno e médio porte, que possui uma maternidade; mas, atualmente, está na Atenção Básica substituindo uma Enfermeira de licença por conta da pandemia.** O volume de partos do hospital é muito grande, chegando a ter oito no plantão de 12 horas. A sala de pré-parto é coletiva, com três leitos, separados por cortinas; e há uma sala de parto, com uma cama, que não é de PPP, mas permite mudança de posição. A mulher só vai para a sala de parto se quiser. M15 diz que o contato pele a pele não é fortalecido ainda. O setor tem barras, bolas, cavalinhos e banquetas. **M15 e seus nove colegas Enfermeiros Obstétricos**, sendo quatro homens, não ganham como Enfermeiros Obstétricos, não sendo reconhecidos como tal. No plantão, fica a Enfermeira do acolhimento e classificação de risco, e a Enfermeira da assistência - no caso, M15 - que assume os cuidados da obstetrícia, pediatria, clínica masculina, clínica feminina, enfermagem de doenças infectocontagiosas, atendimentos de emergência e sala de observação. A entrevistada diz que essa realidade é a mesma nas cidades vizinhas. No interior, o médico fica como generalista da assistência clínica e também da obstetrícia. Assim, a assistência que M15 oferece na sala de parto é um apoio muito importante. Na Atenção Básica, está em um território em que há muitas gestantes. Porém, com a pandemia, não pode ter educação em saúde: fica difícil trabalhar com as mulheres e famílias sobre os direitos, falar sobre plano de parto, para chegarem no hospital e lutarem por uma condição melhor de assistência e também para o profissional saber que ela não é alheia ao que acontece.

Sobre a sua equipe, M15 diz que é muito boa. Conseguia sensibilizar os profissionais para melhoria da assistência. Inclusive, levou Enfermeiras e assistente social para um aprimoramento em uma maternidade-escola, em Fortaleza. Só há um médico obstetra. Os outros desenvolvem a função de obstetra, mas não são. E o médico obstetra se limita a ir para o hospital para fazer as cesáreas. Ele não fica como um plantonista no serviço para acompanhar a assistência do parto. Alguns profissionais usam condutas muito inadequadas; principalmente, profissionais muito antigos, que têm uma resistência muito grande às inovações. **Sobre as mulheres e famílias**, M15 diz que elas se sentem muito bem quando são atendidas por mulheres: Enfermeiras Obstétricas e mulheres, pois isso transmite segurança. No plantão, M15 prioriza a obstetrícia, porque são duas pessoas para cuidar. Relata que foi feito chá de bênçãos, com meditação guiada, relaxamento e escalda pés com as mulheres que visitavam a maternidade semanalmente: apresentava a maternidade, explicava como seria o trabalho de parto, quem iria recebê-las, mostrava os equipamentos, o cavalinho, a bola. Além disso, elas falavam, dentre outras coisas, das inseguranças, da relação com a dor do parto e do medo do desconhecido.

Figura 20: Desenho esquemático do setor onde M15 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M15 e aprovado por M15, 2021.

3.16.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Desigualdades interseccionais:

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M15 relacionou as duas situações de desigualdade a seguir à **classe socioeconômica e caráter do profissional** (situação 1).

Situação 1: Nessa situação de desigualdade, **os agressores** foram médicos e **as vítimas** foram pacientes. A entrevistada M15 fala da diferença de tratamento entre as pacientes:

[...] a gente vê que é uma paciente que tem assim um perfil socioeconômico inferior; uma pessoa que, às vezes, é desprovida de uma certa escolaridade; às vezes, não é uma pessoa bem higienizada. E aí eu já vi, às vezes, o profissional não querer fazer exame de toque, entendeu? [...] “Porque que você não vai fazer o exame agora pra avaliar a paciente?” “Não. Eu vou deixar pra depois, porque essa paciente aí nem limpa ela não está.” [...] Às vezes, até [...] pela condição socioeconômica. E aí, quando chega aquela pessoa que a gente vê que tem o perfil econômico diferente, ele quer atender com muito... cuidado. [...] a gente vê que o padrão de assistência dos profissionais ele é diferenciado [...] acho que depende muito também da ética pessoal de cada um, né? Dos valores que estão dentro das pessoas. Porque, tecnicamente, a gente estuda pra ser um profissional especializado e qualificado. Mas, quando a gente vai para um parâmetro global, a humanização das pessoas ela é muito diferente. [...] Porque assim a pessoa pode ser um profissional ALTAMENTE qualificado, mas não é sensível ao outro/ à necessidade do outro. [...] Às vezes, pode até, Deus que me perdoe, [...] fazer um atendimento baseado em interesses particulares.

Enfrentando as desigualdades, M15 auxiliou a vítima:

A gente chama a paciente [...]: ‘Vamos fazer uma higiene? Vamos tomar um banho?’. Aí volta pra chamar o médico. Às vezes, o médico tem aquela resistência, entendeu? [...] Eu trago a paciente pra mim, né, a responsabilidade pra mim. Porque assim é uma pessoa que vem em busca de uma assistência igual às outras pessoas. [...] E... mais do que as outras, precisa, porque a própria vida já ofereceu a ela muitas exclusões, né? E é uma pessoa que realmente precisa desse olhar [...] MAIS diferenciado. Eu acho que a gente tem que dar mais a quem mais precisa. [...] a equidade é um direito de todos, né? E a gente não está ali, como profissional, para a gente classificar quem é melhor e quem não é. A gente está ali para atender as pessoas indiscriminadamente de cor, sexo, de nível social, porque nós somos profissionais.

Situação 2: **Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades**, M15 relacionou as duas situações de desigualdade a seguir à **classe socioeconômica e questões políticas** (situação 2).

Nessa situação de desigualdade, **o agressor** foi o médico e **as vítimas** foram os pacientes. M15 fala sobre a assistência prestada pelo médico obstetra da sua maternidade:

E o médico que é obstetra [...] se limita a vir para o hospital para fazer as cesáreas. [...] Ele não fica como um plantonista no serviço para acompanhar a assistência do parto. O hospital ele é predominantemente voltado para a linha cirúrgica. As mulheres chegam e já querem agendar a cesárea. Às vezes, a gente pergunta assim, como Enfermeiro: 'Qual o critério que está usando?'. 'Ah, é cesárea anterior.' 'Mas isso não é critério para agendar uma cesárea.' [...] Então assim, são muitas vertentes. Sem falar da questão política, porque, no interior como esse, muitos profissionais que são médicos, eles são POLÍTICOS. Então, eles usam a saúde como um meio mercantilista e também de favorecimento pessoal, fazendo laqueaduras e cesáreas sem necessidade. Aqui tem um hospital também, que é um hospital privado, mas é de um profissional que foi [...] prefeito. Mas é como se fosse uma clínica. [...] Só quem pode pagar. [...] Lá só tem consultas e cesárea em particular. Mas lá não tem [...] nem obstetra de plantão também. É assim: paga a cesárea, aí tem a cesárea só naquele dia e pronto. Entendeu? ((fala sorrindo)). Não fica paciente internada não. Lá é só pra cesárea.

Enfrentando as desigualdades, M15 optou pelo **silenciamento**.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M15 relacionou a situação de desigualdade a seguir ao fato da paciente ser **portadora de necessidades especiais e vítima de violência** (situação 3).

Situação 3: Nessa situação de desigualdade, **os agressores** foram colegas de trabalho e **a vítima** foi uma paciente. M15 fala sobre a dificuldade no atendimento de uma paciente que ela atendeu:

Eu vejo também muita dificuldade no atendimento de [...] pessoas especiais. É uma coisa que eu sempre achei muito importante. [...] eu acho que é uma fragilidade [...] geral. Por exemplo, atender uma pessoa que é surda, muda. [...] a pessoa chegou, vítima de violência, né, trazida por terceiros. Ela não sabia verbalizar, porque ela tinha uma deficiência.

Enfrentando as desigualdades, M15 **auxiliou** a vítima:

[...] nós não somos preparados para atender pessoas desse nível; a gente precisava de um intérprete/ de uma pessoa que pudesse conversar com ela/ gesticular pra gente poder tentar ter realmente um refinamento do nosso olhar. Porque a gente não sabia se ela estava vindo com o próprio agressor/ que ela estava com hemorragia. ((Não sabia)) A situação em que ela estava inserida e a gente não sabia colher as informações. Então assim, isso aí eu nunca esqueci. Eu entendi que a gente precisava ter um curso de libras pra poder atender pessoas em determinadas situações.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M15 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **idade e ser vítima de violência** (situação 4).

Situação 4: Nessa situação de desigualdade, **os agressores** foram colegas de trabalho e **a vítima** foi uma paciente. M15 conta sobre o caso de uma jovem vítima de violência:

[...] É uma violência silenciosa. O profissional ele precisa estar atento a [...] situações que PODEM predispor a uma violência, mas que [...] às vezes, no primeiro olhar, a gente não identifica, né? E aí a gente vai ouvindo e vai colhendo uma informação aqui, outra acolá. Aí, depois, a gente começa a ver que a pessoa que deu entrada é vítima de violência. Então, isso aí foi uma coisa que me chocou muito! Foi uma menina que foi atendida no serviço, ela era abusada pelo padrasto. [...] era uma menina de 12 anos. Mas, ela chegou no serviço, referindo uma queixa, como se fosse uma queixa neurológica. E era uma somatização que ela tinha. Ela começava a tipo convulsionar, mas era uma defesa...

Enfrentando as desigualdades, M15 **auxiliou** a vítima:

[...] E a gente, pra identificar isso, não foi fácil. Foram vários dias. [...] eu comecei a perceber através do comportamento dela, que era retraída. [...] Ela ficava direto com a mãe e com a própria pessoa perto, de lado. Ela não podia falar. [...] Ela não queria comer; quando comia, comia demais. Assim, a compulsão. Pra poder a gente identificar. [...] A gente não é preparado para uma assistência diferenciada.

Além disso, M15 **dialogou** com o diretor do hospital sobre o atendimento a pacientes vítimas de violência:

Eu solicitei uma capacitação para os profissionais daqui do nosso serviço e aí o diretor do hospital ele não providenciou. [...] foi deixando pra lá e ninguém foi, entendeu? Sobre [...] como atender mulheres vítimas de violência quando elas chegassem no serviço. Preparar nossa equipe pra [...] gente saber fazer a abordagem. Ficou engavetado!

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M15 relacionou a situação de desigualdade a seguir ao fato de as pacientes serem **moradoras de rua**, **usuárias de drogas**, pela **orientação sexual**, por terem **doenças sexualmente transmissíveis**, estarem **em situação de abortamento**, e também devido à **competência profissional** (situação 5).

Situação 5: Nessa situação de desigualdade, **os agressores** foram colegas de trabalho e **as vítimas** foram pacientes mulheres. M15 fala da dificuldade dos profissionais de saúde no atendimento de algumas mulheres:

[...] em outra maternidade que eu trabalhei [...] eu visualizava pessoas que eram atendidas, moradoras de rua, usuárias de drogas, né? E assim eu identificava dificuldades pra os profissionais, às vezes, terem aquela assistência adequada, né? [...] esse tipo de paciente, muitas vezes, são pacientes agressivos, que tem dificuldade de acolher às vezes as regras do hospital. [...] atendemos [...] a moradora de rua, às vezes, é usuária de drogas, lésbica e tinha muitas doenças sexualmente transmissíveis/ que quando a gente fez teste rápido, identificamos o problema. Não queria tomar banho e chegou com abortamento, entendeu? Então, assim, são situações que, às vezes, são difíceis. O profissional já vem de uma linha hierárquica e aí ele recebe [...] uma demanda excluída/ que, às vezes, tem uma dificuldade de se adequar ao serviço/ precisa desse profissional ter uma habilidade pra ele saber conduzir esse processo.

Enfrentando as desigualdades, M15 optou pelo **silenciamento**. **Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades,** M15 relacionou as duas situações de desigualdade a seguir ao fato da paciente ser **usuária de drogas e classe socioeconômica** (situações 6 e 7).

Situação 6: Nessa situação de desigualdade, **os agressores** foram colegas de trabalho e **as vítimas** foram pacientes usuárias de drogas.

E aí é assim, chega a usuária de drogas [...] que é comum chegar hoje no serviço, principalmente quando a gente atende um índice que tem uma carência econômica muito grande. [...] a pessoa chega em trabalho de parto dizendo que fumou 20 pedras de crack, né? E aí a gente vai auscultar aquele BCF, a gente vê como é que está aquele monitoramento do batimento fetal já depois de TANTA droga.... E assim, não temos um trabalho diferenciado para essa mulher. Não tem! [...] É como se fosse tratada como qualquer pessoa. Eu acho que isso aí é uma discriminação, porque ela precisa ser cuidada diferente.

Enfrentando as desigualdades, M15 optou pelo **silenciamento**, apesar de refletir sobre a falta de um trabalho diferenciado com essa mulher no serviço.

Situação 7: Nessa situação de desigualdade, **os agressores** foram colegas de trabalho e **a vítima** foi uma paciente usuária de drogas. M15 fala de quando conseguiu a confiança de uma mulher moradora de rua e usuária de drogas para atendê-la.

A gente colocava a comida lá e a pessoa não queria comer. Aí jogava a comida no chão, né? [...] Ela queria chutar as pessoas.

Enfrentando as desigualdades, M15 auxiliou a vítima e dialogou com os colegas:

[...] o serviço social já estava intervindo com a segurança e eu fui conversar com o serviço social que a gente precisava se colocar no lugar daquela usuária, porque eu acho que a gente não poderia ser uma a mais pra excluir ela. Que ela estava precisando de cuidado. [...] Porque a vida toda para aquela pessoa/ talvez o mundo inteiro já virou as costas... [...] Aí eu peguei, me sentei e fui jantar com ela/ e fui [...] dizer pra ela que a gente se preocupava com ela, que eu queria verificar a pressão dela. Assim, eu acho que eu tinha que estender a mão. E que eu gostaria que ela me desse um voto de confiança, que eu queria poder cuidar dela, pelo menos naquele plantão. [...] E fiquei conversando vários momentos e tudo. Também a gente identifica que, na maternidade, não há um espaço reservado para pessoas que tem situações de risco/ porque tinha que ter assim um espaço [...] às vezes, fica num ambiente assim coletivo, aí agride um, agride outro. E aí gera-se um tumulto, entendeu?

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M15 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **classe socioeconômica, alcoólatra, usuária de drogas (situação 8).**

Situação 8: Nessa situação de desigualdade, **o agressor** foi o **sistema de saúde** em geral e **as vítimas** foram a puérpera e seu bebê. M15 fala de quando fez uma visita domiciliar pós-parto:

[...] como é que a gente é preparada para trabalhar com uma puérpera que vive em situação de risco? Porque eu me vi numa situação em que eu fui fazer uma visita a uma mulher [...] com quatro dias de resguardo. Quando eu cheguei na casa dela, ela estava BÊ-BA-DA, o bebê estava jogado no chão, o marido estava drogado. Num bairro [...] ALTAMENTE violento e pobre que tem aqui na cidade. E aí tudo que eu aprendi de obstetrícia, naquela hora, NÃO FUNCIONA. A gente vai precisar lidar com que? ((voz chorosa)) Saúde mental. [...] Ela não queria o bebê, botou no chão. A primeira coisa que eu vi: o bebê jogado no chão ((voz chorosa)). Aquecer o bebê, porque o bebê ia morrer de hipotermia. [...] coloquei o bebê no colo da técnica. O bebê estava sem UM pano no chão. Foi um milagre eu ter chegado lá, né? O coto umbilical [...] estava no chão. E ela bêbada, numa rede, chorando; e o marido drogado. [...] Como é que eu vou falar de aleitamento materno pra uma pessoa que vive um desequilíbrio TOTAL? Que a gente aprende que tem que falar de aleitamento materno, [...] do sangramento, [...] do cuidado do bebê.

Enfrentando as desigualdades, M15 auxiliou a vítima e seu bebê:

Peguei essa mulher, botei dentro do carro, levei para o hospital pra aplicar medicação na veia dela, pra tirar o excesso de álcool. Pra DEPOIS, eu ir pra dentro da casa dela, pra passar a manhã na casa dela, conversando com ela, [...] o marido dela é ((envolvido com)) tráfico. Conversando com ela [...] que Deus tinha dado o bebê/ 'Mas, doutora, o meu marido vai ser preso. Eu não sei nem o que eu vou fazer com esse menino.' É um problema! Né? Assim pra poder sensibilizar... Fui providenciar uma rede de apoio pra assistência à essa mulher, psicólogo, assistente social, agente de saúde [...] cesta básica pra casa dela, pra ela conseguir amamentar o bebê. Todo dia eu tinha que ir pra casa da mulher. Quase não podia nem trabalhar. Visitava ela direto. Fiquei até como se fosse até a segunda mãe ((fala sorrindo)). Pra poder ela se sentir amparada/ pra poder, a partir do momento que ela visse que eu tinha um olhar por ela, ela queria olhar para o bebê dela. Porque a vida dela não tinha sentido nenhum.

Pensando em um **enfrentamento das situações de desigualdade, em uma visão coletiva, para além do seu ambiente de trabalho**, M15 diz que:

[...] são muitas situações que fogem da nossa governabilidade. Porque tudo é muito bonito quando a gente estuda. Mas, quando a gente fala em exclusão, a gente fala em vulnerabilidade, [...] aí a gente fala em risco social. Primeiro lugar, né? Fragilidade e vínculo. [...] às vezes, a pessoa teve um filho, mas é vítima de abuso, aí não quer o bebê/ que eu também já tive gente que eu acompanhei que não quer o bebê/ que foi abusada. [...] a gente não consegue desenvolver o nosso trabalho só com a especialização. A gente precisa ter [...] um trabalho multidisciplinar, uma rede intersetorial e precisa de um fortalecimento e [...] uma assistência continuada e um cuidado ampliado. E precisa realmente haver [...] um suporte BEM amplo por trás, porque, [...] é como se a pessoa tivesse perdido a sua própria identidade/ precisa resgatar a sua própria autoestima. Às vezes, são pessoas que tem dependência, ou afetiva ou financeira. [...] Às vezes, não tem uma família que tem um apoio, que é uma rede. [...] que a mulher ela se dedica a cuidar do filho, ela precisa de quem cuide dela/ também não tem, né? E aí a gente, como profissional de saúde, com um mundo de atribuições que a gente tem na Atenção Primária. [...] porque assim são tantas coisas que a gente tem pra fazer que a gente não pode se DETER a ficar dedicada à determinado paciente, porque tem tarefas demais! E, às vezes, aquele cuidado ele exige um [...] um olhar intensivo. [...] tem as complexidades que estão no meio do caminho/ as vulnerabilidades/ as exclusões, como você falou, que são várias. A mulher alcoólatra, a mulher usuária de drogas, a mulher de rua, a... a mulher que é abandonada, que é violentada... São várias! E que no olhar dentro do hospital dessa forma, dentro de uma assistência global, ela passa muito despercebida.

3.17 Enfermeira Obstétrica Negra M16

3.17.1 *Caracterização, atuação e contexto de trabalho*

M16, parda, 38 anos, casada, tem 02 filhas, mora e atua em Caruaru (PE). É **formada como Enfermeira** há 13 anos e como Enfermeira Obstétrica há três anos. **Atua em uma maternidade pública, como coordenadora da maternidade; em uma maternidade privada, como Enfermeira Obstétrica; e faz parte de uma roda de gestante e de uma equipe de parto domiciliar.** Na maternidade pública, tem-se a triagem obstétrica, com a classificação de risco, onde fica um Enfermeiro Obstétrico 24 horas, e quatro técnicos de Enfermagem. Possui Berçário para suporte de RNs mais graves e bloco cirúrgico. O setor com os PPPs está sendo reorganizado para se tornar um CPN intra-hospitalar. São cinco quartos PPPs e, em um deles, está sendo construída a banheira, que, por resistência da pediatria e neonatologia, poderá ser usada apenas como alívio da dor, mas ela ainda não funciona.

Com relação à sua atuação na maternidade pública, são três Enfermeiros por plantão de 24 horas. Nos cinco PPPs, ficam duas técnicas de Enfermagem e os Enfermeiros Obstétricos. Tem três médicos que se revezam entre triagem, bloco cirúrgico, PPP e dois profissionais da Neonatologia. A entrevistada M16 conseguiu acrescentar mais um Enfermeiro de 12 horas na segunda-feira, que também tem um movimento grande, o que foi uma conquista junto à Secretaria de Saúde. M16 acompanha as mulheres na visita à maternidade e orientam-lhes sobre o que é permitido dentro do hospital. A visita é também acompanhada pela Enfermeira da UBS, que favorece o esclarecimento de dúvidas posteriores no decorrer do pré-natal. Mesmo com as dificuldades, M16 já conseguiu muitas mudanças no serviço, como o clampeamento do cordão umbilical de três a cinco minutos, já que, atualmente, possuem o material de fototerapia disponível. Essa é uma garantia da primeira hora do bebê em contato pele a pele com a mãe e a realização dos cuidados do RN após a primeira hora de vida.

Na maternidade privada, M16 consegue conduzir a maioria dos partos normais, assistindo a mulher desde a internação até o parto. Os médicos trabalham em equipe e consideram muito a opinião do Enfermeiro, respeitando-a. M16 considera ser um lugar bem bacana de se trabalhar. **Em relação à roda de gestante**, os encontros estavam sendo mensais, sobre gestação, parto e puerpério.

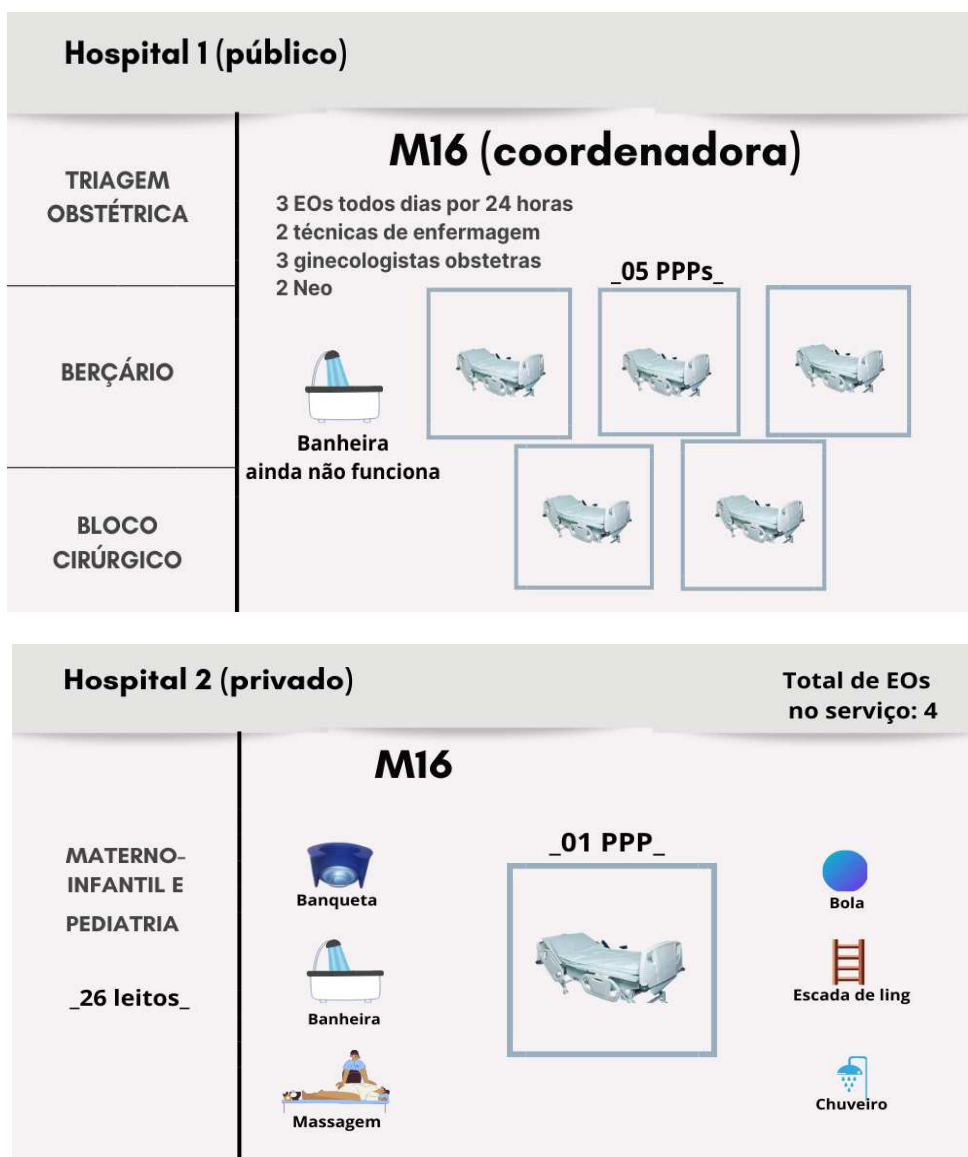
Eles pararam, temporariamente, devido à pandemia. **Em relação ao parto domiciliar**, há pouco menos de um ano, M16 começou a trabalhar com uma Enfermeira Obstétrica e uma doula. Percebe que tem mais autonomia, até porque a gestante que procura essa assistência quer escutar o que está sendo dito e já tem um entendimento diferenciado sobre o parto. Ainda que as mulheres façam o pré-natal com os obstetras, eles conhecem o trabalho de M16 e pedem para que ela lhes avise quando a gestante entrar em trabalho de parto, caso ela precise de suporte. Em caso de necessidade de transferência, a mulher pode ser encaminhada para uma maternidade pública ou privada, dependendo de cada caso. **Com relação à sua atuação na assistência direta à mulher e na coordenação**, M16 fala que gosta muito e acha que é muito válida, porque assim consegue saber os desafios que “a ponta passa”. Então, quando os Enfermeiros Obstétricos falam das dificuldades na assistência, M16 sabe do que estão falando, porque passa por isso. Além disso, tira aquele estigma de que o coordenador está ali, mas não sabe fazer o trabalho. Ela é a terceira Enfermeira Obstétrica a ser coordenadora da maternidade e sente que é respeitada por ter uma vivência na assistência à mulher.

Sobre a sua equipe na maternidade pública, não há muitos conflitos, já que a estrutura de parto existente funciona há mais tempo. Os embates permeiam mais a questão de transferência das pacientes: às vezes, o médico faz uma avaliação equivocada, que é percebida pelos Enfermeiros e técnicos de Enfermagem, mas ele não aceita estar errado. Outra questão é que alguns médicos recém-contratados não se acham responsáveis pelo PPP e se recusam a avaliar as pacientes. M16 diz que isso ocorre, geralmente, nas primeiras semanas de trabalho; ela conversa com o coordenador médico, que orienta o profissional. M16 relata que a equipe de Enfermeiros Obstétricos é muito boa e consegue contar nos dedos aquele Enfermeiro que talvez precisasse de um pouco mais de sensibilidade no cuidado; mas que, tecnicamente, é bom. **Na maternidade particular**, M16 relata que tem uma relação muito bacana com os obstetras. Apesar de todo estigma que existe na rede privada de que o médico é quem tem que conduzir o parto, eles atestam as condutas que ela toma. Por exemplo, ele interna a gestante e já deixa a ocitocina prescrita; se a Enfermeira Obstétrica avalia que é necessário administrá-la, ela apenas lhe comunica. Os colegas que são Enfermeiros generalistas ou de outra especialidade percebem a Enfermeira Obstétrica como essenciais na assistência. M16 fala que as técnicas de Enfermagem receberam a Enfermeira Obstétrica de

forma positiva e que ela conseguiu ajustar as pessoas para trabalharem nos setores com que elas mais se identificam, para uma harmonia maior no trabalho. Além disso, já teve também fisioterapeuta que se ofereceu para ajudar na condução de alguma distocia e de algum exercício para a mulher. **Sobre as mulheres e famílias**, M16 diz que algumas mulheres sentiam falta do médico na assistência e questionavam se iriam parir sozinhas. Nesses casos, M16 explicava a função da Enfermeira Obstétrica. Um ponto importante na maternidade privada foi um movimento social das mulheres da cidade para obrigarem a operadora de saúde a contratar novas Enfermeiras Obstétricas. Elas começaram a chegar com seus planos de parto, exigir assistência adequada e fazer ouvidoria negativa sobre o atendimento. Isso porque os médicos obstetras não conseguiam prestar essa assistência, pois era apenas um médico para ficar na urgência, nas intercorrências do bloco cirúrgico, nas cesarianas, na assistência às pacientes em situação de abortamento e ainda na sala de parto. Então, quando a Enfermagem Obstétrica chegou, houve uma grande comemoração, apesar de sutil. Atualmente, é raro a mulher questionar se ela vai parir sozinha ou se o médico não irá vê-la. Mas, normalmente, M16 e seus colegas explicam o porquê de ele estar ausente e garantem a elas que ele virá caso percebam alguma distocia do trabalho de parto. M16 diz que, no final, elas ainda dizem: “Ainda bem que ele nem apareceu aqui!”.

Na maternidade pública, muitas mulheres conhecem a Primeira Lei municipal do país em relação ao parto e ao nascimento, a Lei Nascer Bem, que foi amplamente divulgada e muito trabalhada com a assistência social nas UBSs. Dessa forma, muitas sabem sobre a preferência da maternidade pelo parto normal e o respeito à autonomia da mulher. Então, M16 relata que são poucas as mulheres que chegam com o desejo de ir direto para uma cesárea. Por fim, M16 fala que as visitas à maternidade também auxiliaram para que a mulher já iniciasse uma relação de confiança com a equipe da maternidade. **Após se formar como Enfermeira Obstétrica**, M16 confirmou que são as mulheres que reconhecem a assistência adequada recebidas que a faz seguir na Enfermagem Obstétrica.

Figura 21: Desenho esquemático do setor onde M16 atua (Hospitais 1 e 2)



Elaborados pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M16, e aprovados por M16, 2021.

3.17.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da Interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M16 relacionou as oito situações de desigualdade a seguir à **classe profissional** (situações 1 a 7).

Situação 1: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimida, a **própria Enfermeira Obstétrica M16**. Ela falou sobre como os colegas de trabalho reagiam a um método de alívio da dor utilizado por ela:

[...] eu fiz o curso de aromaterapia, mas, antes de fazer o curso, eu conhecia aromaterapia e eu comecei a comprar os óleos do meu

salário e levar pra... pra essa maternidade, pra poder usar com as mulheres. E eu cansei de ouvir das técnicas de Enfermagem, do outro Enfermeiro que trabalhava comigo, dos médicos que aquilo era gasto de dinheiro em vão, que pra que aquilo. Aí eu dizia: 'Pra aliviar a dor. É um método de alívio da dor', 'Oxi, elas não sentem dor não!' [...] eu sofri muita... muita discriminação, porque eu usava aromaterapia. Eu fui denunciada na DIREÇÃO, porque eu usava aromaterapia. Uma técnica foi lá dizer que ela sentia DOR DE CABEÇA com a aromaterapia que eu usava.

Enfrentando as desigualdades, M16 dialogou com sua coordenadora:

[...] a direção passou pra coordenação de enfermagem e a direção de Enfermagem me chamou. 'Qual era a aromaterapia que você estava usando?'. Porque ela pensou assim que podia ser canela, e ela já tem pressão alta/ ela tinha um pouco de conhecimento acerca da aromaterapia, porque eu conversava muito com ela. [...] no dia em que eu estava com ela de plantão, eu estava usando lavanda. Aí ela disse: 'É, não faz sentido nenhum'. Então, reclamavam porque eu botava música para as mulheres ouvirem, reclamavam porque eu fechava a porta, reclamavam porque eu apagava a luz... Então assim, esse processo todo era na frente das mulheres.

Situação 2: Na situação de opressora, tem-se a **médica obstetra** e, na situação de oprimida, a **própria Enfermeira Obstétrica M16**. Ela falou sobre quando precisou solicitar a mesma médica obstétrica da situação 2 para avaliar uma paciente:

[...] Outra vez, [...] essa mesma médica [...] fez um Kristeller e lacerou terceiro grau. Quando eu fui chamar ela pra suturar, ela fez: 'Só lacerou, porque você não fez episio'.

Enfrentando as desigualdades, M16 confrontou a opressora:

Eu disse: 'Não. Lacerou porque a senhora fez a Kristeller/ a manobra.' Aí ela olhou assim pra mim e pronto. Foi a segunda [...] e última vez que eu tive embate com ela em relação ao parto e ela parou de entrar na minha sala pra dar pitaco nos partos que eu partejava.

Situação 3: Na situação de opressora, tem-se a **técnica de Enfermagem** e, na situação de oprimida, a **própria Enfermeira Obstétrica M16**. Ela falou da mudança de comportamento de uma das técnicas de Enfermagem de sua equipe:

Até que um dia eu escutei de uma técnica [...] Quando foi um dia, ela chegou pra mim e disse: 'Sinto falta de você no meu plantão!' [...] era uma das que fazia violência mesmo assim [...] uma das que viravam o rosto assim pra mim das coisas que eu fazia/ [...] virava a cara,

bufava, brigava, [...] ficava reclamando de mim pra outra Enfermeira. E ela ter chegado pra mim pra dizer isso, assim, pra mim foi uma coisa muito... muito especial, sabe? [...] esse movimento também tanto meu, quanto dessa outra Enfermeira, [...] a gente conseguiu, sabe, ir dando aquela gotinha do passarinho, sabe, em todo mundo.

Enfrentando as desigualdades, M16 atuou na assistência **auxiliando** as mulheres e **dando exemplo** para a equipe com relação à assistência prestada:

[...] em todos os plantões, [...] eu rodava, as outras Enfermeiras rodavam e a gente começou [...] a atender paciente diferente e elas percebiam que elas gritavam menos, né? Porque a gente estava junto. Elas percebiam que as pacientes complicavam menos, porque eu fazia ausculta de 30 em 30 minutos, né? Então, a gente meio [...] que foi arrastando pelo exemplo. [...] Então assim, hoje, eu tenho muito mais Enfermeiros lá que praticam a assistência humanizada do que o que tinha na época em que eu comecei. E eu fico muito feliz com isso, porque eu consegui mostrar às pessoas que, às vezes, a gente não precisa dizer nada.

Situação 4: Na situação de opressores, tem-se **os médicos e a direção do hospital** e, na situação de oprimida, **a própria Enfermeira Obstétrica M16**. Falou de quando chegavam reclamações para ela, enquanto coordenadora da maternidade pública:

[...] nos hospitais de forma geral [...] a gente tem muito aquela questão de quando o médico fala é lei, né? [...] eu já tive situações de conflito com... com a direção [...] da maternidade que os médicos chegavam e falavam: 'Ah, porque foi feito assim? E fez isso... está errado!' E a direção vinha me questionar como se estivesse errado mesmo.

Enfrentando as desigualdades, M16 **confrontou** os opressores:

E eu ia lá e conseguia provar que o que o Enfermeiro fez estava certo; que quem fez errado ou quem NÃO ENTENDEU a situação foi o... foi o médico. Então assim a gente sempre tem muito isso assim.

Situação 5: na situação de opressores, tem-se **os médicos** e, na situação de oprimida, **a própria Enfermeira Obstétrica M16**. Falou sobre a situação que envolveu dois médicos obstetras:

[...] No hospital privado, eu passei por uma situação lá que, quando a gente entrou, os Enfermeiros da emergência chamavam a gente: 'Oh, chegou uma gestante aqui.' Eles chamavam a gente antes deles passarem [...] pelo médico obstetra. Aí a gente ia lá, fazia o acolhimento, pedia para ela se acalmar, não sei que... E as mulheres tomaram conhecimento de que tinha uma Enfermeira Obstetra, que tinha uma sala esperando por elas. E aí tiveram dois médicos que foram para a direção do hospital privado reclamar. Porque a gente ia

abordar a paciente deles antes deles verem e que fazia só complicar a condução, porque tinha gente que a gente dizia que podia parir e não podia. Mas, na verdade, [...] eram dois médicos que não assistiam parto normal.

Enfrentando as desigualdades, M16 optou pelo **silenciamento**.

Situação 6: Na situação de opressor, tem-se o **médico** e, na situação de oprimida, a **própria Enfermeira Obstétrica M16**, que falou de uma conduta tomada por um médico obstetra:

[...] foi uma distocia bem importante, o bebê não descia e aí eu chamei um médico; o médico indicou a cesárea. O outro veio e disse: 'Não precisa não'. Foi e fez um Kristeller. Deixou a mulher roxa.

Enfrentando as desigualdades, M16 **dialogou** com a direção da maternidade:

E a gente levar pra direção e a direção não fazer nada.

Diante disso, M16 relatou como se sentiu:

Eu me senti desvalorizada, né? [...] uma desvalorização em relação a tudo o que você estuda. Me senti [...] diminuída! Como se a sua opinião ela não fosse tão técnica ou tão importante ou não tivesse tanto valor quanto a do outro, sabe? [...] Uma das coisas que eu percebo na Enfermagem Obstétrica: ela é um pouco mais unida do que a Enfermagem Generalista. [...] quando tem algo que mexe tipo comigo, [...] todos os Enfermeiros Obstetras que estão em volta eles sentem comigo, sabe? [...] porque é o perfil daquele profissional. Né? [...] Um perfil perseguidor, é o perfil de que ele sabe tudo, que ele é o Deus, de que ele sempre fez assim e nunca morreu, sempre deu certo e que agora estou querendo trazer fantasias/ estou querendo trazer novidade para o parto e não tem isso. [...] muitas vezes é desmotivante!

Situação 7: Na situação de opressor, tem-se o **médico** e, na situação de oprimida, a **própria Enfermeira Obstétrica M16**. Falou da mudança de comportamento de um médico obstetra e das condutas que ele tomava:

[...] do mesmo jeito que a gente tem essas desigualdades [...] entre as equipes, eu também tenho [...] um relato meu de ter conseguido mudar a percepção e a assistência de um dos médicos mais violentos daqui de Caruaru. [...] foi aos poucos/ foi conversando. Ele dizia: 'Esse menino não vai nascer!', E eu dizia: 'Me dê mais meia hora. Me dê mais uma hora.' Sabe? E, quando ele voltava, o bebezinho já estava no colo, já estava bem. E ele ficava olhando assim e quando ele vinha conversar alguma coisa comigo, ((eu)) dizia assim: 'Sim, mas a evidência científica diz isso, isso e isso...'/ 'Sim, mas a evidência...' Então, a gente sempre conversou assim e

ele sempre calado. Até um dia em que ele me viu preparando um chá de Naoli na maternidade. [...] E aí eu levava a garrafa, levava os ingredientes. E eu estava preparando lá para deixar lá no PPP. E aí ele foi e olhou: 'O que é isso?' Aí eu disse: 'É o chá de uma parteira mexicana'. Fui contar. Aí ele disse: 'Quais as evidências científicas?' ((risos)). Aí eu disse: 'Ainda não tem' ((risos)). [...] Só a vivência dela de usar. E eu já usei algumas vezes e funcionou. 'A gente trabalha só com evidência científica.' ((ele disse)) ((M16 fala sorrindo)).

Enfrentando as desigualdades, M16 **dialogou** com o opressor e **deu exemplo** para o médico com relação à assistência prestada:

Aí eu percebi que era onde eu tinha que pegar nele, né? Então, todas as conversas que eu tinha com ele: 'Ah, as evidências científicas dizem isso... As evidências científicas dizem isso...' Até que chegou ao ponto dele dizer à mulher: 'Olha, escute o que ela está falando, porque ela sabe das coisas. Ela tem essa carinha de nova, mas isso aí é uma VÉIA. Pode escutar, viu? Tudo o que ela lhe falar é só para lhe ajudar'. E não interferir na minha conduta, sabe? Ou então de ele mesmo dizer assim à paciente: 'Oh, por que que você não fica de quatro? É uma posição que ajuda muito na hora do bebê nascer'. Isso era uma coisa que, quando eu falei a primeira vez pra ele, ele me ignorou assim completamente, dizendo que aquilo era um absurdo, que era uma posição sexual, que ele jamais ia mandar uma mulher ficar de quatro na frente do esposo.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M16 relacionou a situação de desigualdade a seguir ao **gênero** (situações 8 e 9).

Situação 8: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimidas, **mulheres** (pacientes). M16 falou sobre a restrição de movimento das parturientes na maternidade pública:

[...] quando eu comecei a trabalhar lá, eram poucas as pacientes que podiam ir tomar banho quando estavam na fase ativa, porque tinham que ficar só em cima da cama. [...] Desses sete plantões, eu acho que só em dois ou três as mulheres podiam levantar e tomar banho. Nos outros, elas tinham que ficam em cima da cama. Isso se fizesse coco, isso se fizesse xixi, isso se tivesse líquido amniótico, sangue. Elas tinham que ficar.

Enfrentando as desigualdades, M16 **auxiliou as mulheres**, lutando para mudar essa realidade, oferecendo livre posição, estimulando banho e verticalização para as parturientes:

((M16 dizia)) 'Vamos tomar um banho?' Né? [...] no final do plantão, eu saía cansada, exausta, entristecida, mas eu também saía bem orgulhosa assim e feliz com o atendimento.

Situação 9: Na situação de opressora, tem-se a **médica obstetra** e, na situação de oprimida, uma **mulher** (paciente). Ela falou sobre uma situação em que solicitou a avaliação da obstetra para uma paciente:

[...] uma vez uma paciente estava com o parto mais demorado/ era o meu segundo parto. Na verdade, o bebê só estava fazendo a rotação dele, só que eu me angustiei, [...] porque eu acostumada a ouvir [...] das pediatras: 'O bebê não pode ficar muito tempo aí', 'Esse bebê vai morrer'. Eu não era Enfermeira Obstetra ainda, na verdade, quando eu comecei a partejar. E aí eu mais angustiada fui [...] e pedi para chamar a obstetra.

Enfrentando as desigualdades, M16 confrontou a opressora:

Aí a obstetra me pediu pra fazer uma episio. Aí eu pedi a técnica o... o anestésico. Aí a médica olhou pra mim e disse: 'Não precisa. Ela não vai sentir.' ((pequena pausa, voz chorosa)). E... eu disse pra ela assim: 'Mas eu vou! Mas eu vou!'. Aí ela disse: 'Corte!'. Eu disse: 'Eu não vou cortar sem anestesia'. E, nessa confusão toda, deu tempo do bebê rodar e sair e não teve nenhuma laceração.

b) Desigualdades interseccionais

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M16 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **raça, classe socioeconômica, idade, mulheres em situação de abortamento e obesidade** (situação 10).

Situação 10: na situação de desigualdade, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimidas, **as pacientes negras, pobres, jovens, em situação de abortamento, obesas**. M16 falou da diferença de tratamento entre as mulheres atendidas na maternidade onde trabalhou:

Que era a maternidade em que eu estava trabalhando na época que [...] eu fiz o CEEO II/ maternidade estadual. E... lá, a gente via MUITO isso. Sobretudo, porque o pré-parto de lá [...] era um pré-parto [...] conjunto. Era [...] ENORME, com 11 leitos. Então, a gente conseguia ver a assistência diferente para as mulheres que eram brancas, para as mulheres que tinham o nível social maior, para as mulheres que estavam com o bebê nascendo, para as mulheres que estavam com o bebê abortando. Os atendimentos eles assim... divagavam, eles mudavam muito, dependendo do que você está passando. [...] Então assim, eu, graças a Deus, consegui chegar na assistência obstétrica em uma fase onde as FALAS mais violentas elas já tinham sido extinguidas, né? Mas a gente tinha muito O OLHAR. [...] A gente tinha muito as caretas, né? [...] E o que eu percebia era assim: quanto mais nova a mulher, mais as pessoas em volta falavam. [...] As negras, as pessoas falavam. Se eram gordas, as pessoas falavam. [...] eu estou falando aqui contigo e eu estou me arrepiando toda. Porque [...] DENTRO dos relatos que a gente escuta

as mulheres falando, era como se fosse algo discreto. Mas, pra gente que tem uma visão diferente do que tem que ser, aquilo era absurdo!

M16 falou sobre como se sentia diante disso:

[...] por um lado, eu sentia VERGONHA de fazer parte [...] daquilo/ de não ter força, sabe, pra mandar as pessoas calarem a boca, sabe, de não mostrar a elas. Por outra parte, eu percebia que eu tinha necessidade de estar ali. Que eu conseguia fazer a diferença estando ali.

Enfrentando as desigualdades, M16 **dialogou** com a paciente, de forma que a equipe também escutasse:

Às vezes, [...] depois que eu terminava o parto, eu olhava pra mulher e fazia assim: “Me desculpa!” E ela [...]: ‘De que? Você foi ótima! Você foi maravilhosa!’. Né? Então, muitas vezes eu fazia com a mulher assim, quando começavam essas falas, né: ‘Mulher, olha no meu olho. Eu preciso que você olhe SÓ pra mim. Você só vai escutar o que eu falar com você.’ E eu falava assim como eu estou falando com você. Todo mundo da equipe escutava eu falando isso, aí é que eles ficavam com raiva mesmo, porque, né...? Eu estava dizendo que não era pra ela ouvir. Ou então quando eles começavam a conversar conversas altas e eu fazia assim: ‘Shiiii...’ Aí todo mundo parava para olhar pra mim. Aí eu fazia “Isso mesmo, isso mesmo!” ((risos)), como se fosse completando uma conversa.

Nesse contexto, M16 falou sobre sua própria experiência no cuidado às mulheres em situação de abortamento:

[...] eu participei de um [...] TCC de umas acadêmicas de Enfermagem aqui e elas falaram sobre abortamento. [...] eu disse pra elas que, no início, [...] eu não fazia por mal, eu só não sabia o que fazer com a paciente/ não sabia o que dizer para a paciente que chegou e perdeu o seu bebê independente do tempo de gestação. Então, eu era extremamente [...] técnica com a mulher, sabe? “Vou colocar um comprimido aqui em você. Esse comprimido vai te dar cólica. Licença.” Colocava o comprimido, saía e deixava ela lá o resto do tempo, porque eu não sabia o que dizer, como falar, como lidar. [...] o que me acalentou o coração assim, apesar de me entristecer quase sempre/ quase sempre sair chorando dos plantões por conta desse tipo de tratamento, eu também saía com a sensação de que eu fiz a diferença para aquelas mulheres que eu atendi. Sabe?”

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M16 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **idade, raça e privação de liberdade** (situação 11).

Situação 11: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimida, **a paciente jovem, negra e privada de liberdade**. M16 falou de quando assistiu ao parto de uma jovem:

Teve [...] um parto de uma menina de 11 anos, o nome dela era Bia. Negra, mãe [...] estava detida, né? [...] eu lembro que o que eu precisei fazer com Bia foi segurar na mão dela ((voz chorosa)). E ela pariu sozinha assim. Sabe aquela frase bem clássica que a mulher sabe parir e o bebê sabe nascer? Ela sabia! Foi um partaço incrível!

Enfrentando as desigualdades, M16 **dialogou e auxiliou** a paciente e **deu exemplo** para a equipe com relação à assistência prestada:

A única coisa que eu precisei foi segurar na mão dela. Lógico que eu fazia a ausculta, lógico que eu fazia os cuidados, mas assim, eu não precisei dizer a ela em que posição ela ficar, eu não precisei dizer a ela a hora de fazer força, eu não precisei FALAR nada, não mandei ela calar a boca, NADA! E ela conseguiu parir LINDAMENTE! Foi um PARTAÇO! De três horas da manhã! ((fala sorrindo)). Então assim, as outras pessoas que estavam comigo, elas começaram a ver que, às vezes, você não precisa dizer nada. Você só precisa dizer: 'Calma! Vai passar. Você não vai morrer. Você vai conseguir.'

3.18 Enfermeira Obstétrica Negra M17

3.18.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

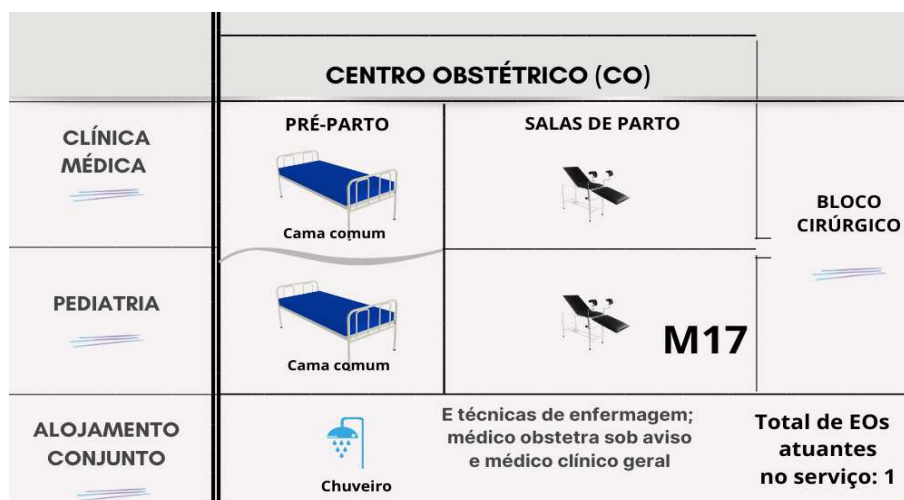
M17, parda, 35 anos, casada, tem um filho, mora e atua em Minas Novas (MG). **Formada como Enfermeira** há 12 anos e como Enfermeira Obstétrica há três anos. **Atua em um hospital geral com maternidade, filantrópico**. O hospital possui clínica médica, pediatria, maternidade e bloco cirúrgico. A maternidade é pequena e atende dois municípios: Minas Novas e Chapada do Norte. O fluxo de gestantes é pequeno, com média de 30 a 40 partos por mês. Há dois leitos de pré-parto, separados por cortinas, e dez de alojamento conjunto. Possui bola, banqueta e consegue garantir o acompanhante durante a internação. A entrevistada M17 diz que existe a proposta de fazer dois PPPs: um com cama PPP e outro com leito comum, pois a maternidade só tem condição de comprar uma. Atualmente, no momento do parto, a mulher é levada para uma das duas salas de parto, que são bem próximas ao pré-parto. É um anexo do bloco cirúrgico, com a mesa ginecológica, berço aquecido e materiais para a assistência. **M17 é a única atuante**

e fica por oito horas no plantão. Seu colega, um Enfermeiro Obstétrico de formação, atua como Enfermeiro Generalista no pronto atendimento. A admissão da mulher é feita pelo médico que estiver de plantão, caso o obstetra não esteja. M17 relata que, se precisarem dela no bloco cirúrgico, na pediatria ou na clínica médica, ela acaba dando suporte. Costuma ajudar muito nos cuidados puerperais e na amamentação.

No entanto, seno pré-parto tiver uma mulher em trabalho de parto, a Enfermeira não consegue sair do setor e delega essa função para outra pessoa. Atualmente, a maternidade conta com um Enfermeiro exclusivo para o setor, que fica por oito horas; porém, ainda não tem Enfermeira Obstétrica durante a noite e nos finais de semana. M17 relata que não vai para a sala de parto sozinha porque é uma responsabilidade muito grande, por não ter pediatra e por não ser Enfermeira exclusiva do setor. Relata que a maternidade possui dois obstetras sob aviso, sendo que fica um em uma semana e depois revezam. Eles ficam cientes das mulheres internadas. Geralmente, os obstetras ficam no hospital atendendo gestantes e realizando ultrassom. Eles também atendem gestantes de outras cidades da região, em um local não distante da maternidade. M17 relata que conduz o trabalho de parto e, se identificar algum sinal de alerta ou o parto estiver próximo de acontecer, avisa o obstetra. Caso não chegue, o plantonista clínico geral assume. A assistência ao RN é prestada pelo médico, Enfermeiro e técnica de Enfermagem.

M17 diz que está no hospital há 12 anos e que, há cerca de sete anos, não tem pediatra. Além disso, não contam com anestesista em todos os plantões e não tem cirurgião presente. O cirurgião atende cirurgias eletivas do município. Se chegar um caso cirúrgico na maternidade, precisa transferir; e se for de urgência, como cesárea, o obstetra realiza com o auxílio de outro colega médico, tanto a cirurgia quanto a anestesia. **Sobre a sua equipe**, M17 relata que a relação com as técnicas de Enfermagem melhorou muito e, atualmente, são vistas como referência por elas; antigamente, elas tinham a visão de que Enfermeira Obstétrica não valia nada. **Sobre as mulheres e famílias**, M17 percebe que elas reconhecem a atuação da Enfermeira Obstétrica como um ganho para o município e as elogiam muito. Na região, são três hospitais: Minas Novas, Capelinha e Turmalina. E a maternidade de M17 tem sido referência não no sentido de aceitar a paciente, mas da assistência prestada. Observa que tem tido mais procura de mulheres para parto em seu hospital.

Figura 22: Desenho esquemático do setor onde M17 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M17, e aprovado por M17, 2021.

3.18.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M17 relacionou a situação a seguir à **classe socioeconômica** (situação 1):

Situação 1: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimidas, **pacientes pobres**. M17 falou da assistência diferenciada para mulheres que pagam o parto:

Os históricos que a gente sabe, né, é que muito tempo antes, né, havia sim, nem todo mundo era tratado igual, violência obstétrica tinha MUITA. Mas, eu vejo uma evolução muito grande [...] desde o tempo que eu comecei a trabalhar e a trabalhar com obstetrícia. [...] já aconteceu assim de, às vezes, ter uma assistência preferencial daquelas pessoas que PAGAM o parto. Melhorou muito. Mas não vou falar com você que nunca aconteceu isso não. O hospital é filantrópico, né? [...] as pessoas de cidades vizinhas não conseguem fazer o parto pelo SUS AQUI. Então, acaba que elas PAGAM pelo parto [...] se você vier de outra cidade, que não seja de Minas Novas e Chapada do Norte, e que ganhasse o neném aqui, você tem que pagar o parto. [...] OU se você quiser um atendimento diferenciado. Um... um apartamento se você não tiver plano de saúde, essas coisas. [...] Mas, o atendimento é o mesmo. O médico é o mesmo, a equipe de enfermagem é a mesma, de técnico é a mesma.

[...] ((a mulher que paga)) Fica no mesmo pré-parto, porque é lá que tem as coisas que vão nos atender. É lá que tem os... os equipamentos, né, tudo montadinho. ((Depois do parto)) A particular vai para o quarto privado. [...] O SUS ((vai para)) o alojamento conjunto.

M17 enfatizou como se sentiu diante dessa situação:

Eu me sinto PÉSSIMA! Porque... eu não acho que tem que ter diferenciação NENHUMA, com relação ao tratamento de NINGUÉM. [...] Eu acho que todo mundo é igual, o direito de todo mundo é igual, independente de sua classe social, cor ou raça, né?

Enfrentando a situação de desigualdade, M17 opta pelo **silenciamento**.

Não cita uma situação específica. Na verdade, ao mesmo tempo em que ela diz que essa desigualdade existia no passado, ela fala que, atualmente, mulheres ainda passam por isso.

b) Naturalização das desigualdades

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M17 diz não ter percebido situações de desigualdade relacionadas à **classe socioeconômica** (situação 2):

Situação 2: Nessa situação, os **envolvidos** foram as(os) pacientes.

[...] Independente de ser particular ou não, que tenha dinheiro ou não, é... a assistência no hospital tem sido igual para todos. Independente. Pelo menos, eu não tenho visto é... tratamento diferenciado não! [...] Pra mim, são todos iguais. [...] Mas eu, particularmente, não tenho observado não. Eu não vou falar com você que nunca aconteceu não. ATUALMENTE, não tenho observado.

3.19 Enfermeira Obstétrica Negra M18

3.19.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

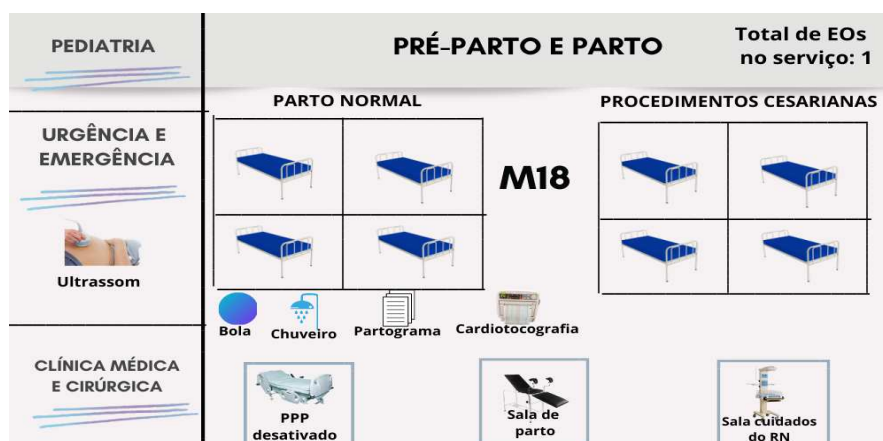
M18, parda, 37 anos, união estável, tem 01 filho, mora e atua em Vitória do Xingu (PA). Formada como Enfermeira há sete anos e como Enfermeira Obstétrica há três anos. **Atua em um hospital de médio porte, com maternidade**, que atende livre demanda, principalmente obstetrícia, e os municípios vizinhos. São 38 leitos, incluindo observação, obstetrícia, clínica médica e cirúrgica. Realiza ultrassom e não tem suporte de UTI. Com a pandemia, o hospital foi dividido provisoriamente: na frente, fica a urgência e emergência, com cinco leitos de observações; se for para a gestante internar, é logo encaminhada para o pré-parto. A obstetrícia é dividida em “Parto normal” e “Procedimentos cesarianas”, onde a mulher fica no trabalho de parto, parto e pós-parto. São quatro leitos em cada e mais o da PPP, que, mesmo desativado, acaba sendo utilizado. Há um obstetra, 24 horas, no hospital e o percentual de partos normais é baixo. Possui cardiocotografia, partograma, bola e

chuveiro. A sala de parto tem uma maca ginecológica. Há uma sala de cuidado do RN, com mesa, balança, incubadora e berço aquecido. Frequentemente, o setor fica com até seis pacientes ao mesmo tempo. M18 considera o espaço amplo e bem organizado. **M18 é a única Enfermeira Obstétrica.** Tem uma colega que está fazendo especialização em Enfermagem Obstétrica. M18 relata que, de segunda a sexta-feira, assume o hospital inteiro para suporte na assistência e a qualidade do trabalho fica comprometida. Quando está na emergência, tem bastante autonomia para fazer a avaliação e solicitar exames, e, apenas quando percebe a necessidade de uma avaliação do médico, encaminha para ele. Quando atende alguma gestante em trabalho de parto, conversa com os médicos, para que ela possa acompanhá-la no pré-parto/sala de parto. Na obstetrícia, M18 acaba atuando mais durante a noite e diz que gosta muito de partejar. Acompanha a gestante de baixo risco e, como tem o obstetra na equipe, acaba assistindo o parto junto com ele. Quando ele não está e há necessidade da avaliação por M18, ela interna e já encaminha a mulher para o pré-parto/sala de parto e, às vezes, preenche a AIH. Às vezes, consegue prestar uma assistência de qualidade, indicando exercícios não farmacológicos de alívio da dor e orientando sobre deambulação.

Sobre a sua equipe, a entrevistada M18 diz que trabalha em equipe multiprofissional, que são parceiros e que precisam conversar; por isso, “conversa de igual para igual” com o médico. Destaca que o obstetra que trabalha com ela tem 25 anos de profissão, é ótimo profissional e a favor do parto humanizado; inclusive, não faz episiotomia. Diz também que ele não gosta de indução do parto com misoprostol, e utiliza, no máximo, ocitocina, se houver alguma distocia no parto. M18 diz entender o obstetra em relação às indicações de cesárea, principalmente nessa época de pandemia e lotação das UTIs NEO. M18 diz não que a culpa seja do obstetra, até porque ele não tem tempo pra ficar acompanhando a mulher diante de várias outras atividades que realiza. Ele acaba dependendo do Enfermeiro para fazer o acompanhamento e ir discutindo sobre os casos. Como isso muitas vezes não acontece, ele acaba indicando a cesárea. **Sobre as mulheres e famílias,** M18 fala que elas gostam de parir no hospital onde atua. Apesar da carência de profissionais e da alta demanda de atendimento, a maioria fica satisfeita com a assistência recebida. Algumas já chegam empoderadas com relação ao parto normal e isso é muito bom para o processo. **Após formar-se como Enfermeira Obstétrica,** M18 diz que ela e sua colega Enfermeira, que está fazendo

especialização, estão buscando implementar o PPP na maternidade. Conversou com o antigo Secretário de Saúde do município sobre a necessidade do PPP e de ter um Enfermeiro direcionado 24 horas para a obstetrícia.

Figura 23: Desenho esquemático do setor onde M18 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M18 e aprovado por M18, 2021.

3.19.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da Interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M18 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **classe socioeconômica** (situação 1).

Situação 1: Na situação de opressor, tem-se o **médico** e, na situação de oprimida, a **paciente pobre**. M18 falou de quando atendeu uma paciente na urgência e emergência do hospital:

Era uma paciente que chegou com o abdome bem distendido, né, bastante dor epigástrica. Era uma obesa. [...] aí a gente tem ultrassom, né? [...] Então, ela chegou pra mim e falou assim: 'Enfermeira, eu estou com esse pedido de ultrassom eletivo HÁ MESES'. Estava bem dobradinho. 'Mas, eu percebo que aqui só faz ultrassom quem tem dinheiro, quem tem conhecimento'. [...] 'Como eu sou pobre, não tenho dinheiro, eu venho aqui só passam medicação, não me encaixam nas situações de urgência'. 'Ah, Enfermeira, pois aqui eu sempre sou tratada assim. Já vim mais de cinco vezes e sou tratada desse jeito'. [...] ela deu até um exemplo: 'Se chegar aqui de sapato alto, rebolando, faz um ultrassom rapidinho'. [...] Então, ela já veio umas cinco vezes na emergência e ela só piorou do quadro, piorando, piorando. Que ela tinha gordura no fígado, esteatose, e já estava no grau três, enfim... Ela já tinha feito um ultrassom há seis meses atrás, mas precisava repetir.

Começou a sentir de novo os sintomas, então, tomou a medicação e ela disse que não tinha melhora e que tinha que fazer um segundo ultrassom. E estava com esse papel há mais de dois meses..."

M18 falou como percebeu que a paciente estava se sentindo:

[...] Realmente ela me parecia bem humilde. Mas ela se sentiu... desvalorizada, né? [...] E ela se manifestou dessa forma: indignada! [...] E ela mesma se excluindo, né? Dizendo que era isso, era aquilo. Se sentindo [...] inferior às demais pessoas.

Enfrentando a situação de desigualdade, M18 dialogou e auxiliou a paciente:

Falei: 'Não, calma aí, senhora. Não é assim'. [...] 'Qual é a sua urgência? O que a senhora está sentindo? Eu vou triar a senhora, eu vou fazer o atendimento, eu vou passar com o médico. Me dá seu pedido de ultrassom. Eu vou anexar. Vou fazer a coleta de suas queixas direitinho, relatar toda sua história. [...] se julgar necessário, o médico vai sim solicitar um ultrassom de urgência pra senhora. Pode ter certeza.'

b) Naturalização das desigualdades

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M18 relatou não ter vivenciado situações de desigualdades relacionadas à **raça** (situação 2).

Situação 2: Nessa situação, os **envolvidos** foram M18, colegas de trabalho e as pacientes:

[...] De raça assim, que eu lembre, nunca aconteceu. Porque é uma coisa assim marcante, né? Não dá pra esquecer, né? ((fala sorrindo)).

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M18 relatou não saber se a situação que vivenciou poderia ser considerada de desigualdade relacionada à **orientação sexual** (situação 3).

Situação 3: Nessa situação, os **envolvidos** foram colegas de trabalho e as pacientes e suas acompanhantes:

[...] os técnicos, ficam reclamando: "Olha, Fulana é homossexual. Está acompanhando Fulana." Coisas assim, entendeu? [...] eu não sei se tinha um tom de discriminação, se foi só um comentário, não sei. Porque isso foi no posto de enfermagem ((fala sorrindo)). [...] Não foi na frente da paciente, né? [...] Acho que é melhor desconsiderar. Não chega a ser um preconceito, né? Apenas um comentário.

M18 falou como percebeu que a paciente e sua acompanhante estavam se sentindo:

[...] por ser um município pequeno, do interior, eu acho que a própria pessoa/ é complicado o ser humano assim de explicar ((fala sorrindo))/ A própria pessoa ela se sente... inferiorizada. Ela se sente rejeitada, né? Eu percebi isso tanto nas duas. Mas eu não comentei em momento algum. Eu sou bastante discreta, tá? Eu trato todo mundo igual, respeitando todos, né? Raça, cor, gênero, tudo. Mas assim, eu acho que elas ficavam todas desconfiadas, né? Assim, eu percebi [...] tipo assim: 'Será o que que ela está pensando? Eu acompanhando e tal... Sou o par dela', né, no caso companheira. Mas não sei... Eu acho que, às vezes, parte da própria pessoa, você entende? ((fala sorrindo)).

3.20 Enfermeira Obstétrica Negra M19

3.20.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M19, parda, 33 anos, casada, gestante, mora e atua em Uberlândia (Minas Gerais). Formada como Enfermeira há 11 anos, como Especialista em Neonatologia e Pediatria há quatro anos e como Enfermeira Obstétrica há três anos. **Atua na maternidade de um hospital municipal.** O hospital é geral, com UTI adulto, clínica médica, cirurgias de outras especialidades e maternidade. A entrevistada M19 fala que a maternidade é a “pupila dos olhos do prefeito”, pelo fato de ele gostar muito da instituição, que tem em cada quarto dois leitos. A demanda é grande, porém, a estrutura é pequena. M19 atende de seis a oito mulheres em trabalho de parto, sendo que acompanha as de baixo risco e os médicos as de alto risco. No pré-parto, ficam mulheres em trabalho de parto, induzindo o parto ou em tratamento clínico. Atualmente, a equipe transformou um quarto em PPP, com privacidade, banheiro e berço para o recém-nascido. E os outros três quartos continuam com duas pacientes cada, mas com camas PPPs, favorecendo que elas consigam parir ali também. A proposta do hospital é que fiquem os quatro quartos como quartos PPP. No centro obstétrico, há três salas, utilizadas mais para as cesáreas, sendo que, em uma delas, há uma adaptação para o parto normal que precise de intervenção.

M19 está gestante e, devido à pandemia, não atua desde abril de 2020. São seis Enfermeiras Obstétricas, sendo uma por plantão, e uma Enfermeira horizontal que fica oito horas, durante o dia. M19 se divide entre o pré-parto e o centro obstétrico. No hospital, se for uma paciente de baixo risco, a Enfermeira Obstétrica consegue fazer sua internação, a AIH (Internação Hospitalar), a prescrição e continua o acompanhamento no trabalho de parto e parto. Se precisar

de algum auxílio, recorre à equipe médica. M19 relata que faz também a prescrição do pós-parto, mas, quando encaminha a mulher para o alojamento conjunto, de lá em diante a equipe médica assume. A recepção do recém-nascido no parto é feita pela pediatra. **Atua também no acompanhamento domiciliar particular**, em que atende pacientes que desejam ser acompanhadas em casa e ter o parto hospitalar. São três Enfermeiras Obstétricas e cinco obstetras nesse grupo. A equipe médica respeita muito as condutas de M19 e suas colegas. As pacientes estão cientes de que vão ser acompanhadas por Enfermeiras Obstétricas e respeitam muito sua atuação. **Sobre a sua equipe**, M19 diz que as técnicas de Enfermagem abraçaram as Enfermeiras Obstétricas muito bem, pois perceberam que elas estão ali realmente para ajudar a paciente. Com a equipe médica, houve um atrito de início, como se estivessem tomando um pouco o lugar deles. Mas, com o passar do tempo, eles foram percebendo uma diminuição nas taxas de cesárea, de intercorrências e de transferências do RN para UTI Neonatal; e que precisavam mudar. M19 percebe que eles estão mais próximos das pacientes, com uma avaliação mais respeitosa e humanizada. Alguns profissionais da equipe antiga, mais resistentes às mudanças, até saíram, porque não suportaram a situação. M19 sente que hoje sim trabalha em equipe, apesar de ainda terem muitas coisas a serem melhoradas.

Sobre as mulheres e famílias, M19 diz que ainda é muito enraizada a ideia de que é o médico quem tem de prestar a assistência. Hoje, quanto mais as mulheres estudam, mais elas chegam dispostas ao parto normal e à assistência pela Enfermagem. Quando a mulher deseja a cesárea (a maioria delas), por desconhecimento, falta de estudo ou porque não tiveram uma boa orientação no pré-natal, ela chega com o olhar de distanciamento. Então, ela prefere que o médico acompanhe. M19 fala da importância de se apresentar como Enfermeira Obstétrica, já que as mulheres costumam chamá-la de “doutora”, para que a mulher entenda quem cuidou dela. **Após se formar como Enfermeira Obstétrica**, M19 e suas colegas Enfermeiras Obstétricas passaram a fazer a internação e assinar a AIH das gestantes de risco habitual, que foi uma intervenção apoiada pelo CEEOil e pela coordenadora de M19.

Figura 24: Desenho esquemático do setor onde M19 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M19, e aprovado por M19, 2021.

3.20.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M19 relaciona a situação a seguir à **classe socioeconômica** (situação 1).

Situação 1: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimida, **a paciente pobre**.

Com pacientes que tem uma classe melhor [...] eu sinto que as pessoas acabam sendo diferentes. Acabam dando um pouco mais de atenção ou respeitando um pouco mais a privacidade, respeitando um pouco mais essa parte dessa humanização. [...] é um sentimento ruim mesmo, assim, quando a gente começa a perceber isso. [...] não é que a gente começa a perceber, a gente VÊ que está acontecendo, né? [...] a gente tem um... um público [...] E que são de diversas profissões, vamos dizer: dentista, advogada, nutricionista... [...] Então, quando a gente percebe que tem alguma dessas pacientes, que chegaram falando que desejavam o parto natural, que até tem convênio, mas que não foram para o convênio, [...] e aí foram para o hospital público, a gente vê que a assistência dela, por parte da equipe, tanto médica quanto técnica, que eles tratam diferente, né? Tem mais cuidado. O médico entra no quarto, assim, raríssimas vezes e, quando entra, não é igual o normal de entrar aquele tanto e de conversar alto e às vezes de conversar alto as coisas que não são necessárias naquele momento... A gente percebe que eles ficam mais humanizados... de certa forma, né? [...] Já aconteceu de chegar no plantão e, por exemplo, ter colocado a paciente sozinha no quarto

[...], por conta disso, porque ela já veio com esse desejo, com doula, com tudo... e aí eles tratam um pouquinho diferente, deixam no quarto sozinha, sabe?

M19 falou como se sentiu diante dessa situação:

[...] eu tento muito não... não... não ser diferente, até mesmo porque, quando eu vejo, eu fico muito incomodada com isso. [...] Ainda mais porque eu te falei: são duas pacientes no quarto. MUITAS vezes acontece isso. Então, quando você vê às vezes tratando a do lado de um jeito diferente, você fica incomodada, você percebe. Então, o que eu tento fazer é tratá-las igual.

Enfrentando a situação de desigualdade, M19 confrontou os opressores:

E aí a gente acaba falando ‘[...] infelizmente, precisa de colocar duas pacientes, e, quando for necessário, vai ser colocada.’ Então, eu tento não... não fazer essa diferenciação. De verdade, assim!

b) Naturalização das desigualdades

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M19 diz não existir desigualdade **no cenário de assistência domiciliar particular** (situação 2).

Situação 2: Nessa situação, **os envolvidos foram colegas da equipe domiciliar e pacientes mulheres**.

Nessa questão do particular não ((existe)), porque [...] é uma situação diferente, né? [...] A paciente já está sendo acompanhada no pré-natal e aí ela já tem uma ligação maior com o grupo. Então, a gente não vê uma certa diferença, até mesmo porque é um cuidado diferente que tem que ter/ não é que TEM QUE TER, na verdade, é um cuidado diferente que se acaba tendo com essa paciente. [...] elas vem cheias de informação, cheias de coisas que elas fizeram durante o pré-natal todo [...] pra conseguir enfrentar o parto normal. Então, eu falo essa diferença mesmo assim, que a gente precisava MUITO melhorar o pré-natal da assistência pública. A gente precisa pegar o pré-natal mesmo. Porque eu sempre falei durante o curso ((fala sorrindo)) e que eu vejo hoje é isso. Quando chegam mulheres decididas e orientadas e informadas durante o pré-natal, é outra vida, é outra coisa ((fala sorrindo)). Porque você consegue realmente dar continuidade ao que ela já sabia. E quando chega uma paciente com muito medo do parto normal, já chega falando pra você que não quer um parto normal, você tem que convencê-la naquele último minuto [...] É muito difícil! Vem uma família muito desorientada junto, vem um acompanhante que [...] não sabe nada do que está acontecendo, vamos dizer assim, a maioria, né? Então, eu acho que o cuidado diferenciado é esse mesmo da gente não precisar passar por esse processo de convencimento, sabe?

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M19 não tem certeza se pode considerar a situação a seguir à desigualdade de **raça** (situação 3).

Situação 3: Na situação, os **envolvidos** foram colegas de trabalho e pacientes mulheres. M19 falou sobre as mulheres haitianas em seu serviço:

Nós temos agora uma demanda que aumentou bastante de estrangeiras, né, principalmente aqui em Uberlândia. [...] Então, a gente tem as haitianas... né? [...] Não vou te falar assim se é pela cor ou pela falta da comunicação/ porque dificulta muito essa comunicação pra nós/ mas, eu SINTO que a gente precisa melhorar esse acolhimento. Eu sinto que algumas pessoas acabam deixando um pouco mais, sabe? Assim: “Ah, daqui um pouquinho eu vou lá avaliar.”, “Daqui um pouquinho eu vou, porque não vai adiantar. Eu não dou conta de falar com ela.” [...] eu acho que elas acabam tendo uma assistência... inferior. ATÉ EU também tenho um pouco mais de dificuldade, né, às vezes de chegar, como que eu vou falar.

Enfrentando a situação, M19 **auxiliou as mulheres**, com auxílio do acompanhante:

O que eu TENTO fazer um pouquinho, assim, é realmente [...] tentar abrir um pouquinho mais a comunicação com o acompanhante, porque, geralmente, vai um acompanhante que entende um pouco mais. Explicar quem sou e tentar [...] puxar ele um pouquinho mais pra esse... pra esse acompanhamento com essa paciente, pra que ELE consiga fazer o papel às vezes da equipe mesmo na conversa. [...] o que a gente acaba tentando e conseguindo fazer é colocar nesse quarto que é separado, que tem uma paciente só. Geralmente, eu procuro fazer isso, pra que elas não se sintam ainda MAIS invadidas com aquele tanto de gente, e aí está conversando com o do lado e ela não está entendendo também, muitas vezes, né? [...] Não sei se é o ideal, né, como seria... ((fala sorrindo)) mas, eu sinto que a gente precisa melhorar [...] porque a gente precisa mostrar pra outra que ela também tem a mesma importância.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M19 não relaciona a situação a seguir à desigualdade em relação à **orientação sexual** (situação 4).

Situação 4: Nessa situação, **os envolvidos foram técnicas de Enfermagem e pacientes mulheres.** M19 falou sobre alguns comentários da equipe técnica:

Eu acho que melhorou muito assim com relação... a respeito mesmo pelo próximo assim. É uma equipe muito boa. Vou te falar assim da equipe técnica ((fala sorrindo)) que a gente trabalha: eu tenho elogios só pra fazer realmente. [...] A tentar não [...] discriminar mesmo. Às vezes, acontece casal, né, de... de... de duas mulheres. E aí por algum motivo desejaram o parto/ é... ter filho e estão lá as duas. Então, assim, é claro que comentários acontecem. Acabam realmente comentando, mas eu acho que melhorou/ eu acho que a gente tem que crescer muito, melhorar muito mais com certeza, mas, eu acho que não tem uma discriminação não. Não sinto uma discriminação. Sinto mais uma curiosidade do que uma discriminação.

Enfrentando a situação, M19 optou pelo **silenciamento**, até por não perceber tal situação como desigualdade:

[...] são comentários que acontecem, mas [...] quando a gente não dá muito ouvido, eu acho que acabam morrendo as situações. Eu acho que a melhor forma de não ir pra frente é quando a gente não dá ouvido às coisas.

Pensando em um **enfrentamento das situações de desigualdade, em uma visão coletiva, para além do seu ambiente de trabalho**, M19 falou sobre:

Eu acho, como Enfermeira Obstétrica [...] que a gente precisa alcançar agora a rede pública na qualidade da assistência desse pré-natal com muita orientação, com muita informação e desenraizar mesmo essa cesárea que a gente tem muito grande, né? [...] E com relação às... atitudes assim com as pessoas e tudo, a gente precisa melhorar a nossa educação mesmo no geral, né? Melhorar a nossa personalidade, melhorar o jeito da gente atender mesmo... [...] A gente precisa de se colocar mais no lugar do outro, a tal da empatia, que está tão na moda, a gente precisa utilizar ela mesmo. Eu acho que, quando a gente começar a ter noção, ciência e mais respeito com o próximo, acabou! Né? A gente consegue conquistar o resto tudo. E a gente começar se olhar. Olhar mais pra si mesmo e querer ser melhor no dia a dia. A cada dia que passar, se comprometer a ser melhor do que você foi. Que eu acho que a gente não pode só falar pelo outro, né? Começar da gente também. Assim, a gente começar a ter um olhar menos discriminatório, menos curioso, menos desrespeitador mesmo e... e trabalhar com todos com igualdade mesmo, independente de quem seja. [...] que a gente não julgue pelo tom da pele, não julgue pelo gênero, a gente não julgue por nada, pela classe social/ que, hoje, eu acho que o mais difícil está sendo a classe social. Nesses pré-julgamentos que eu te falei assim de observar, eu acho que o da classe social é o que mais me incomoda assim de ver mesmo. Porque as pessoas ainda tem um olhar mais interessado, né, por aquele que tem mais [...] quantidade ou [...] é mais favorecido, digamos assim, financeiramente, né? ((fala sorrindo))

[...] Eu acho que a gente precisa [...] de MUITA educação dentro de casa, na escola também/ porque eu acho que não caminha sozinho, né, é tudo junto, né, [...] e, na faculdade, a gente começar a falar um pouco mais disso também. Eu acho que talvez a gente peque um pouco. [...] ter uma matéria isolada, não é nada...

Pensando na **autorreflexão** de M19 a partir de sua participação nesta pesquisa, ela diz:

E foi ótimo, porque, pra mim, eu acho que serve como uma crítica/ a gente se autocriticar. Então, você faz algumas perguntinhas pra gente que a gente começa a perceber. Pensar também. Falar assim: "Realmente a gente precisa de mudar!" [...] no dia a dia, a gente vê que tem atitudes boas e positivas, mas que a gente precisa de melhorar muito. E, quando alguém começa a instigar isso na gente, a

*gente começa a fazer mais diferença, né? Então, obrigada também por ter me proporcionado esse momento! Eu também agradeço! E eu vou usar isso pra muitas coisas na minha vida, viu? ((fala sorrindo))
De parar e pensar depois: E o que eu tenho feito pra isso também, né, pra diferenciar, pra não ser igual?*

3.21 Enfermeira Obstétrica Negra M20

3.21.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M20, parda, 39 anos, solteira, não tem filhos, mora e atua em Brasília (DF). **Formada como Enfermeira** há 14 anos, Especialista em Enfermagem Cirúrgica há 11 anos e Enfermeira Obstétrica há dois anos. **Atua no Centro Obstétrico de um hospital público.** São três setores: baixo risco, alto risco e centro cirúrgico. O baixo risco possui dez boxes pequenos, separados por uma parede. Ainda assim, o espaço permite assistir um parto e oferece certa privacidade. Dos dez boxes, um é de emergência e os outros têm camas PPP, onde a mulher fica no trabalho de parto, parto e até duas horas após o parto. O alto risco tem quatro enfermarias, cada uma com duas camas PPPs, separados por cortina. O centro cirúrgico possui quatro salas, sendo que uma está desativada. Nele, fica uma sala para curetagem, AMIU e procedimentos menores, e as outras duas para cesárea. Há a escala de Enfermeiras Obstétricas, que ficam por conta das parturientes de baixo risco, e a escala de Enfermeiros Generalistas, que ficam com a parte administrativa. A entrevistada **relata que são nove Enfermeiras Obstétricas, sendo que seis atuam na escala exclusiva de Enfermeiras Obstétricas e três na escala de generalistas. M20 está na escala de Enfermeiros Generalistas.** Dessa forma, assiste ao parto quando o plantão está muito tranquilo ou quando a equipe médica está ocupada. O salário é o mesmo. M20 relata um estranhamento por parte da equipe médica e de algumas técnicas em vê-la atuando no parto e nascimento, como se ela estivesse fazendo algo fora da sua atribuição. Contam com o pediatra, mas, quando o bebê nasce bem, às vezes, fica aos cuidados iniciais da Enfermagem.

Sobre a sua equipe, M20 já propôs redistribuição da carga horária, para que consiga partejar. Porém, a proposta não foi aceita: as Enfermeiras Obstétricas não aceitam e a chefia não quer se indispor com elas. **Sobre as mulheres e famílias**, em geral, a aceitação das mulheres é boa. Ainda existe a cultura de que tem que ser o médico a assisti-las e algumas questionam se o profissional é aluno. Outras até chegam perguntando sobre a presença da Enfermeira Obstétrica, porque elas

mesmas ou alguém que conhecem tiveram experiência. **Após se formar como Enfermeira Obstétrica**, M20 sente-se bastante frustrada com relação à sua atuação no hospital, por ter muita dificuldade em assistir as mulheres no parto e nascimento. Acredita que é uma situação injusta, inclusive, tem vontade de sair. M20 diz que fez um concurso específico para Enfermeira Obstétrica e assumiu em maio de 2020. Porém, devido à pandemia, ainda não foi alocada no centro obstétrico e está atuando, provisoriamente, em pronto socorro.

Figura 25: Desenho esquemático do setor onde M20 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M20 e aprovado por M20, 2021.

3.21.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da Interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M20 relacionou as situações de desigualdade a seguir ao **gênero** (situações 1, 2 e 3).

Situação 1: Na situação de opressores, tem-se **mulheres** (médicas) e, na situação de oprimidas, **mulheres** (pacientes). M20 falou sobre a atuação de algumas médicas:

[...] já vi... muito parto violento [...] Geralmente, vindo de homens, né? Embora tenham algumas mulheres/ algumas médicas que tem uns partos BEM agressivos assim [...] tem bastante violência obstétrica que eu já presenciei sim. Que é uma relação de poder, né? Embora ela seja mulher também, eu vejo que [...] as mulheres assumem uma

postura muito MASCULINA assim pra se impor, né? Elas não conseguem se impor como mulheres. Elas são muito agressivas e exercem a autoridade a partir disso, né?

Enfrentando as desigualdades, M20 optou pelo **silenciamento**.

Situação 2: Na situação de opressores, tem-se **homens** (médicos) e, na situação de oprimidas, **mulheres** (as colegas de trabalho e as pacientes). M20 falou sobre comentários feitos por médicos:

[...] tem muitas situações também de [...] piadinha de médico. Assim piada machista, sabe? Comentários com a gente, tanto com a Enfermagem quanto com o paciente. [...] Também é bem desagradável! Fazendo uma piadinha com uma coisa que não é engraçada, né?

Enfrentando as desigualdades, M20 **confrontou** os opressores:

Sempre tento [...] questionar, né? Às vezes, faz uma piadinha, eu falo: 'Ah, não entendi. Por que que é engraçado isso?' Já aconteceu algumas vezes, né? [...] Ou eu não rio. Alguma coisa que demonstre que não está legal aquilo, né?

Situação 3: Na situação de opressoras, tem-se **mulheres** (médicas) e, na situação de oprimida, uma **mulher** (paciente). M20 falou sobre uma conversa entre médicas sobre uma paciente:

[...] lá, a gente atende vítimas de violência sexual, né? [...] uma vez eu entrei na copa e as médicas estavam comentando/ fazendo comentário tipo: Mas o que que ela estava fazendo na rua a essa hora?. Sabe? Tipo colocando a culpa na vítima, né? [...] Infelizmente, ainda é muito comum.

Enfrentando as desigualdades, M20 optou pelo **silenciamento**.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M20 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **classe socioeconômica** (situação 4).

Situação 4: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimidas, **pacientes pobres**. M20 falou sobre como algumas pacientes são tratadas de forma diferente pelos colegas de trabalho:

Eu já vi assim tratar diferente por ser [...] muito humilde [...] às vezes, estar mal vestido ou assim o banho/ o asseio não estar muito bom. E aí faz comentário de que está com mau cheiro. Não na frente da paciente, [...] mas, próximo assim. E a maneira que trata, você vê que a pessoa sente, né? A pessoa percebeu. [...] Ai... ((respira fundo)). Eu sinto... sinto angústia, sinto incômodo, [...] tristeza mesmo, sabe? [...] de ver essas coisas AINDA existirem, né, hoje em

dia. A gente está em 2020. São pessoas que trabalham com PESSOAS, né? Que deveriam ter um olhar mais... mais igualitário, né? [...] Então é muito ruim assim. O tanto que se fala em violência obstétrica, né, o tanto que se fala em racismo, o tanto que se fala em machismo e ainda ser muito presente assim.

Enfrentando as desigualdades, M20 optou pelo silenciamento.

b) Desigualdades interseccionais

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M20 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **raça e religião** (situação 5).

Situação 5: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimida, **a paciente negra, com religião de matriz africana**. M20 falou sobre uma paciente que ela atendeu no serviço:

Já vi [...] discriminação por cor/ já vi trato diferente. Já vi por religião também. Uma vez chegou [...] uma mulher parindo do terreiro. Ela estava [...] num centro de umbanda, eu acho... Grávida, entrou em trabalho de parto e chegou. E ela estava com a roupa, estava com o pé sujo, né, que ela estava descalça. E aí eu vi [...] muito comentário maldoso por conta disso, sabe? Então, tem isso tanto da Enfermagem quanto da equipe médica. [...] É sempre desagradável assim é... presenciar, né?

Enfrentando as desigualdades, M20 dialogou com os opressores:

[...] Nesse dia [...] eu lembro de ter comentado com as técnicas, né, de a gente não estar ali para julgar, né? Assim, a gente está ali para atender, não importa de onde a pessoa veio, né, ou o que ela estava fazendo. [...] Normalmente, eu tento trazer pra reflexão, né? Assim... Mas elas percebem, né, que estão sendo preconceituosas e tal. [...] a maioria é evangélica. Aqueles evangélicos BEM... BEM assim [...] uma visão bem fechada, né, assim/ bem cheia de preconceitos. [...] Eu vejo que a religião ela entra muito nisso, sabe, nesse julgamento.

M20 ainda falou dessas situações de uma forma geral:

[...] com relação a essas questões de desigualdade, também me incomoda bastante isso! Mas, eu vejo que isso vai ter em todo lugar, né? Não sei se adianta eu mudar de setor/ não sei se isso vai deixar de acontecer, né? Eu acho que é uma coisa cultural, né, nossa, assim. Então, são coisas que a gente tem que ir se colocando, né? Uma postura e levar pra reflexão pra ver se isso vai diminuindo. Mas, não tenho muita esperança de ir para um lugar que isso não tenha, entendeu? Porque eu acho que a gente vai encontrar isso em maior ou menor grau.

Enfrentando as situações, M20 busca dialogar e propor reflexões:

Mas, o meu exercício é de não/ não deixar isso passar batido, entendeu? De me colocar/ que eu não estou de acordo com aquilo,

né? E de colocar a minha opinião sobre. Tento fazer isso sempre. Às vezes, não consigo. Às vezes, a situação mexe demais comigo e eu não consigo me colocar. Mas, o meu exercício tem sido esse, sabe, de me posicionar... pra ver se gera algum tipo de reflexão, de mudança.

3.22 Enfermeira Obstétrica Negra M21

3.22.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M21, parda, 24 anos, solteira, não tem filhos, mora em Maceió e atua em Maceió e São José da Laje (AL). Formada como Enfermeira há dois anos e como Enfermeira Obstétrica há três anos. É também Enfermeira Neonatologista. **Atua, hoje em dia, no Centro de Parto Normal em São José da Laje; em uma maternidade privada, no Projeto Parto Adequado e em uma equipe de parto domiciliar. No CPN intra-hospitalar**, dentro da unidade mista, são quatro Enfermeiros Obstétricos. M21 diz que é bonito e organizado. Porém, eles ficam no plantão do hospital como um todo, porque o fluxo de atendimento diminuiu bastante com a pandemia, sendo cerca de nove partos por mês. M21 relata que intercalava a escala com outro Enfermeiro Obstétrico, para que o enfermeiro plantonista fosse obstétrico. Como a Secretaria de Saúde não autorizou novas contratações, estabeleceu-se que, para trabalhar no hospital, o Enfermeiro deveria ser Enfermeiro Obstétrico para poder atuar na maternidade. O pré-parto tem três leitos, com camas PPPs, divididos por cortinas, onde ela também fica no pós-parto. Tem uma área ampla pra deambulação, com bola, espaldar para fazer exercícios, banqueta de parto. Tem uma sala de parto, com a cama PPP, o berço aquecido para assistência do recém-nascido e duas incubadoras – uma para estabilização e outra para transporte. Costuma-se levar a paciente para lá, quando já tem outra no pré-parto, para que elas tenham mais privacidade. Damos o banho do bebê ao lado da mãe para ensiná-la. A mãe recebe alta hospitalar com os encaminhamentos de consulta, vacinas e testes. Tem uma enfermaria de puerpério com três leitos, que foi toda pintada e reformada. Tem as camas, poltrona, bercinho. Com a pandemia, foi aberto um hospital de campanha ao lado do hospital. Além disso, foi encaminhado um projeto para a Secretaria Estadual de Saúde para fazer, no mínimo, três quartos PPPs. Quando precisa fazer transferência, a referência é perto, a uns 20 minutos. O problema é o funcionamento da referência e a falta de profissionais, como anestesista, pediatra, obstetra. Sempre que recebe o plantão do interior, liga-se para

referência para saber se a equipe está completa. Se for uma transferência de urgência, já vai certo. Mas se a equipe não estiver completa, é necessário ligar para a central de regulação do Estado, e eles entram em contato com as maternidades de Maceió que possam receber. O problema é que elas são longe do CPN. Quando existem assistências que tenham um risco maior, transfere-se um pouco antes para não ter dificuldade. Já tiveram situações de intercorrências, como distocia de ombro, síndromes hipertensivas, gestação gemelar, hemorragia, prematuros.

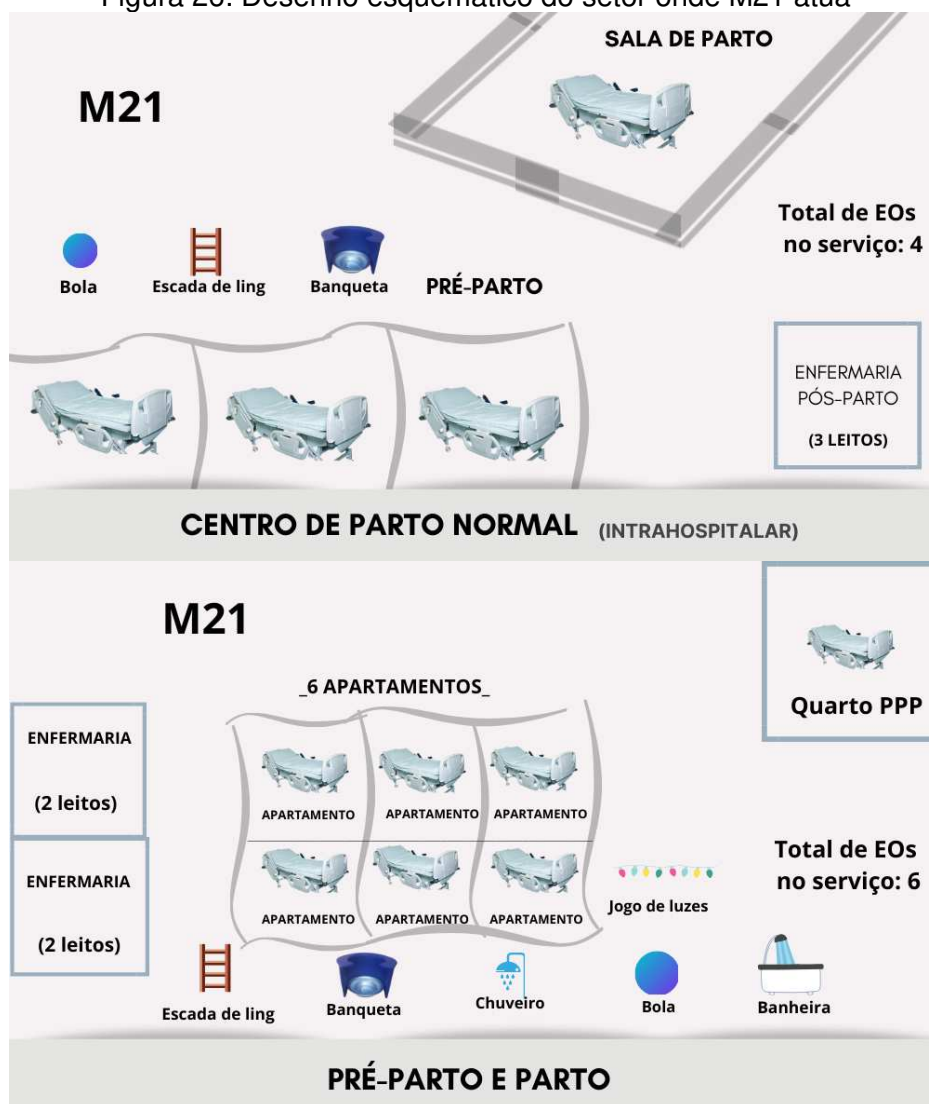
Na maternidade particular, são seis Enfermeiras Obstétricas: duas estão na clínica e quatro na maternidade, com plantões de 24 horas. São oito quartos, sendo seis apartamentos e duas enfermarias com dois leitos. Tem o quarto PPP, que é bem amplo, com berço aquecido, um armário pra paciente, banquetas, bola, espaldar, chuveiro morno e um banheiro amplo. Tem uma banheira, que está provisoriamente impedida de ser utilizada, e um jogo de luzes em cima, para criar uma ambiência com relação à luminosidade e a penumbra. Então, foram adquiridas várias piscinas infláveis, para uso individualizado. Eu, particularmente, gosto muito de poder estar ali naquele um pra um, de poder estar ali só pra mulher. **Com relação à sua atuação como Enfermeira Obstétrica, no CPN**, atualmente, a entrevistada optou por atuar como coordenadora da assistência, trabalhando em casa, pois faz parte do grupo de risco para COVID 19: ano passado, teve complicações decorrentes de dengue hemorrágica: derrame pleural bilateral, com hemorragia de fígado e baço e ascite. Trabalha com os indicadores e protocolos assistenciais. Diz que ama trabalhar no interior, na casa de parto. A assistência é realizada apenas pelos Enfermeiros Obstétricos, pois não existe obstetra plantonista, apenas um clínico geral que fica no plantão do hospital em geral. Quando tem gestante em trabalho de parto, os médicos já sabem que o Enfermeiro Obstétrico ficará na sala de parto e não mais na triagem da urgência. **Na maternidade particular**, para a assistência ao nascimento, a atuação é predominantemente médica. A entrevistada ressalta que faz todo o acompanhamento de trabalho de parto, utiliza os métodos não farmacológicos de alívio da dor, faz a monitorização cardíaca fetal, suporte físico, emocional da parturiente. E tem algumas outras atividades educativas de orientações de cuidado, de treinamentos que eles também desenvolvem. Mas ela ressalta o fato de gostar muito de trabalhar no Parto Adequado. “A gente nem faz toque. Só se for assim: o médico está em procedimento e não vai poder subir e a gente precisa avaliar. Aí o médico pede e a gente faz com a autorização do médico

o toque. Até misoprostol mesmo a gente só administra com a autorização do médico. Tem essas limitações. Enquanto que, no interior, a gente conduz a assistência completa e a assistência ao recém-nascido e tudo com a autonomia do Enfermeiro Obstetra”. A entrevistada M21 também dá plantões na UTI Neonatal.

Na equipe de parto domiciliar, M21 atua, há mais de um ano, com um grupo de Enfermeiras Obstétricas, que trabalha com parto hospitalar e parto domiciliar planejado. Uma de suas colegas era sua professora no CEEO II e M21 diz que é sua paixão, que faz toda a condução. Atualmente, quando é parto hospitalar e a paciente está em trabalho de parto ativo avançado, ela é transferida, mas, na recepção, a equipe não pode entrar por conta da pandemia. **Sobre a sua equipe**, houve uma melhoria na relação com as técnicas de Enfermagem – parteiras, mas ainda muitos médicos são resistentes à atuação da Enfermeira Obstétrica. **Sobre as mulheres e famílias**, muitas pacientes, mesmo indo para o PPP, acabam optando pela cesariana quando chegam naquele momento que é do processo de parto. O parto normal/ nas situações em que você pode optar na hora que você quiser por uma cesariana/ tem que ser uma vontade muito grande da mulher; ela tem que estar muito preparada; tem que ser aquilo que ela planeja, aquilo que ela quer. Mas assim, é uma assistência muito positiva.

Após se formar como Enfermeira Obstétrica, retomaram com a utilização do partograma. O objetivo do projeto era poder estabelecer o vínculo das gestantes com o CPN ainda no período gestacional para que ela pudesse conhecer os Enfermeiros Obstétricos que atuam na maternidade, com apoio da Atenção Básica. É marcada uma consulta com o Enfermeiro Obstétrico para ver se está tudo bem com o pré-natal. Também começou a promover rodas de gestantes dentro do CPN, sobre o momento de ir para a maternidade e os sinais clínicos de trabalho de parto, evitando internação precoce. Mesmo para aquelas pacientes que, provavelmente, iriam para uma cesariana, explicava a importância de, pelo menos, entrar em trabalho de parto antes da internação. Começou, durante as consultas, quando elas chegavam a 41 semanas e 3 dias, a fazer indução não farmacológica do trabalho de parto para que elas não precisassem ser transferidas e pudessem ficar lá no CPN. Os únicos empecilhos com relação a esse projeto foram as Enfermeiras da Atenção Básica. Como tem a questão de ego envolvido, por acharem que estavam interferindo em seu trabalho.

Figura 26: Desenho esquemático do setor onde M21 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M21, e aprovado por M21, 2021.

3.22.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da Interseccionalidade:

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M21 relacionou as quatro situações de desigualdade a seguir à **classe profissional** (situação 1 a 4).

Situação 1: Na situação de opressores, tem-se **os médicos** e, na situação de oprimida, a **Enfermeira Obstétrica M21**. Contou que não concordava com a maneira como era conduzido o processo de transferência da paciente pelos médicos em seu serviço:

ÀS VEZES, tem aquele preconceito de médico para ENFERMEIRO. [...] de você não ter aquela credibilidade por ser Enfermeiro. [...] aqui no Estado, o que eu fico INDIGNADA é que as transferências de sala de parto de maternidade pra maternidade o médico regulador do SAMU tem que falar com o médico/ ele não fala com o Enfermeiro. Quando quem está ali na assistência conduzindo sou eu. Entendeu? Isso é algo que me deixa assim PUTA DA VIDA mesmo! Porque eu tenho que dizer ao médico o que eu estou fazendo pra que o médico fale para o SAMU o que é que está sendo feito. E eu acho isso totalmente incoerente. Porque sou eu que estou ali conduzindo. Então, deveria ser eu a passar o caso clínico e não eu ter que ir estar indo atrás do médico: “Doutor, por favor fale aqui com o SAMU.” [...] dessa questão da relação médico-Enfermeiro, que é uma realidade nossa, infelizmente/ tem em todos os serviços eu acredito. [...] em todos os locais onde eu trabalhei sempre é assim.

Enfrentando as desigualdades, M21 defendeu seu espaço como Enfermeira Obstétrica:

Mas QUE a gente consegue muito defender o nosso espaço com o nosso crescimento, com a nossa autonomia, com a nossa segurança, sabe? De você tipo, graças a Deus, ser reconhecida/ dizer: ‘Ah não, é a M21 que está hoje!’ ‘Hoje é o colega da M21 que está! Então, está super tranquilo!’.

Situação 2: Na situação de opressoras, tem-se **as técnicas de enfermagem, consideradas parteiras**, e, na situação de oprimidas, as pacientes. M21 falou como as técnicas de Enfermagem tratavam as pacientes quando iniciou sua atuação na maternidade:

No interior [...] todo mundo conhece todo mundo, mas, logo no começo, as parteiras assumiam um grau de agressividade também desnecessário. [...] só tinha uma parteira/ eram as técnicas de enfermagem/ elas aprenderam o manejo da assistência em sala de parto, porque, antigamente, lá tinha centro cirúrgico, tinha atuação médica na sala de parto. Depois que foi desativada. [...] elas atenderam essa assistência com os MÉDICOS. [...] o manejar e o tratar era muito daquela forma de impor, tipo assim: ‘Deite!’ ‘Não mulher, não sente não! Deite! Pare de gritar! Faça força!’ Até situações que você não acredita que você está escutando nos dias de hoje, como aquele negócio: ‘É, na hora de fazer não ficou chorando.’ [...] Tipo a paciente pegava na mão dela: “Não, você vai pegar no ferro. Vai fazer a força ali.

Enfrentando as desigualdades, M21 dialogou com as opressoras:

E daí tipo, em reuniões, eu já falava com elas, entendeu? Com relação a esse tratar. Mas, às vezes, quando acontecia na assistência, na mesma hora eu reprimia. Porque eu via que só a

conversa e orientação nem sempre davam resultado. [...] hoje, é muito difícil eu ver depois. Pelo menos comigo; não sei com os outros Enfermeiros. [...] quem faz a condução da assistência sou eu, então, eu deixo elas muito à vontade/ as pacientes. Então, aí foi importante porque as parteiras também viram que não é errado fazer desse jeito. Porque, pra elas, era um absurdo fazer um parto na banqueta. Era um absurdo eu ficar no chuveiro com a paciente me molhar... [...] E assim esse LIDAR mesmo. [...] no trabalho do dia a dia, a gente precisou ir trabalhando pra poder mudar. Mas, graças a Deus, HOJE, eu senti essa mudança! [...] Só que, infelizmente, a gente não consegue medir as expressões médicas, né? [...] com relação à equipe médica, é um pouco mais difícil.

Situação 3: na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimidas, **as Enfermeiras Obstétricas, incluindo M21**. Falou sobre como tem sido percebida a assistência prestada pela Enfermeira Obstétrica:

Então, a única coisa que eu acho que me deixa/ que NOS deixa tristes é essa desigualdade com relação ao preconceito por ser feita a assistência POR ENFERMEIRA. Como que se nós não tivéssemos essa capacidade. Como que se nós não tivéssemos essa autonomia, né, de assistência. [...] me deixa... bem desgostosa! Na Maternidade ((onde trabalhava)), as Enfermeiras já vinham de um processo de implementação antigo. Então, a parceira junto com os médicos já acontecia [...] há muito tempo. [...] 70% dos médicos confia no serviço que a gente faz, seja na triagem pra orientar pra ir para casa, seja no internamento [...] Mas nem todos os locais são assim, né? [...] Isso nos deixa triste. Com relação à assistência à paciente...

Enfrentando as desigualdades, M21 optou pelo **silenciamento**.

Situação 4: na situação de opressores, tem-se **Enfermeiras** e, na situação de oprimidas, **a Enfermeiras Obstétrica M21**. Falou que iniciou seu projeto para estabelecer o vínculo das gestantes com a casa de parto ainda no período gestacional, a partir de 37 semanas, e elas tinham uma consulta com o Enfermeiro Obstetra para verificar o andamento do pré-natal e identificar se tinha alguma necessidade de assistência:

[...] a gente acabava identificando muitas coisas que precisam ser ajustadas, como gestantes de alto risco que não estavam fazendo pré-natal no alto risco; que estavam sendo medicadas por protocolos errados de metildopa; pacientes com infecção urinária que não estavam sendo manejadas e conduzidas de forma adequada. E aí eu precisava interferir, porque senão ia chegar como intercorrência pra mim.

Enfrentando as desigualdades, M21 auxiliou as pacientes e **organizou** uma rede de apoio para assistência das mulheres, envolvendo Atenção Básica, CPN e laboratório do hospital:

Comecei a fazer relatórios para a Atenção Básica em relação a essa condução, que estava inadequada. Porque eram Enfermeiras bem antigas. Tinham algumas que eram mais novas, mas que não tinham esse manejo mesmo clínico com relação a essa assistência, entendeu? Encaminhava para o médico. Aí marcava o médico tipo pra uma semana. Aí o médico ia e pedia os exames, mas, quando conseguia marcar pra fazer os exames, era mais uma semana. Ou seja, já iam-se embora 15 dias. Uma infecção urinária que estava acontecendo, que ia complicar de alguma forma. E daí acabou que as Enfermeiras do PSF começaram a não encaminhar mais pra maternidade pra consulta com o Enfermeiro Obstetra. Aí começou a gerar uma situação chata, né? A gente teve reunião com Atenção Básica, mas a Secretaria de Saúde, né, entrou, orientando que tinha que encaminhar, mas mesmo assim, a lista que chegava pra mim era desatualizada. Então, quando era a vez da consulta daquela gestante, ela já tinha parido. Entendeu? [...] Como lá no hospital tem laboratório, então, eu conversei com a biomédica responsável pelo laboratório, pra que, quando houvesse encaminhamento DA maternidade, fosse atendido como urgência pra resolução dos exames. E a gente poder dar uma condução adequada, principalmente, pra infecção urinária. Porque a gente estava tendo MUITO encaminhamento de paciente com 32, 33 semanas/ 30, 31 semanas de trabalho de parto prematuro, que, quando você ia avaliar, tinha uma infecção urinária que não tinha sido investigada ou que estava esperando por muito tempo por exames. E a gente conseguia agilizar ali na porta, né? E daí eu comecei só a ter divergências que foram inevitáveis, mas que foram necessárias.

M21 falou que aumentou a quantidade de demanda espontânea para o serviço:

Então, começou a ter esse problema. Em contrapartida, muitas gestantes que eu tinha acompanhado [...] começaram a falar pra outras, e pra outras e elas começaram a ir por livre demanda para o hospital. E esses encaminhamentos da Atenção Básica ou me conheciam, ou pegavam meu número e falavam comigo. E daí a gente continuou com o atendimento, só que com uma demanda bem menor, porque [...] é uma demanda livre. E daí a gente iria começar uma nova etapa do projeto agora, mas aí veio a pandemia/ porque eu ia começar junto com a Atenção Básica, né, a ir no pré-natal/ fazer consultas com a gestante NO pré-natal e não na maternidade, pra ver se a gente conseguia estabelecer melhor esse vínculo. Mas aí começou a pandemia e não deu pra seguir, porque as rodas seriam aglomeradas ((fala sorrindo)).

Situação 5: na situação de opressores, tem-se **Enfermeiras** e, na situação de oprimidas, **a Enfermeiras Obstétrica M21**. A entrevistada falou de quando iniciou sua atuação no serviço:

[...]o meu receio maior quando eu comecei [...] eu tinha 23 anos, né? [...] eu tenho minha mãe biológica, mas eu fui criada por minha tia [...] Só que minha tia faleceu em 2007. E minha tia era parteira de lá dessa equipe. E eu só vivia no hospital com ela ((fala sorrindo)). Aí tipo chega eu, que todo mundo dava cascudo, como coordenadora ((risos)). Porque as parteiras trabalhavam com minha tia, né? Então, ficou uma situação assim: “E agora, como é que eu vou mandar, né?” Que elas me viram crescer. Mas, graças a Deus, eu não tive esse problema. Quando começou a implementar o partograma, elas perceberam essa necessidade; quando a gente começou a implementar os protocolos e vieram também as cobranças em cima com relação à Rede Cegonha estadual, elas conseguiram compreender, né? E aí o Enfermeiro Obstetra fica realmente na atenção e na condução da assistência. E... é claro que a atuação delas, o conhecimento, a experiência delas é muito importante pra mim, né? Porque são muitos anos de atuação. [...] E aí é um caminhar lento pra algumas conquistas, né, porque lá é de domínio médico/ obstetra. A gente tinha um clínico geral e a gente precisou bater de frente também com relação a outras condutas, porque, por exemplo, o manejo de síndromes hipertensivas lá era bem inadequado. Tinha médico que/ chegava uma síndrome hipertensiva e daí dava captopril pra gestante. E a gente sabe que não... não... não é o adequado, né? E aí acabava com complicações. Já teve casos da paciente convulsionar durante a transferência, porque a medicação foi feita na emergência foi totalmente inadequada.

Enfrentando as desigualdades, M21 elaborou um protocolo para atendimento de emergência à gestante:

[...] Então, eu... desenvolvi um protocolo PRA emergência. Porque, às vezes, a gente tem o protocolo da maternidade, né, quando o Enfermeiro Obstetra ele assume a situação; mas, às vezes, essa paciente entrava pela urgência e passava pelo clínico. Então, nesse momento, a conduta era errada, entendeu? [...] E daí foi [...] OUTRA discussão para os clínicos ACEITAREM aquele protocolo que foi feito pela Enfermeira Obstétrica, né? E daí, no começo, teve muita resistência. Mas aí [...] foi implementando... [...] Mas foi uma nova conquista, APESAR DE QUE ainda tinha médico com resistência, que conduzem do jeito que querem. E a gente tenta ir na base da conversa, mas, às vezes, realmente é necessário expressar indignação. Porque até os próprios colegas mesmo não tomam a situação, né? E isso me deixa bem indignada mesmo. Porque eu já tive gestante que convulsionou antes de chegar na referência e teve que ir pra uma cesariana com 31 semanas/ que estava convulsionando, estabilizou a convulsão, mas o pico hipertensivo estava muito persistente e teve que ter um parto prematuro. E daí eu tive que usar como exemplo porque que a condução inadequada não é só naquele momento, mas como que isso marca a vida da mulher, da família, da criança que foi tirada prematuramente. Que, se tivesse sido estabilizada da maneira adequada, não tinha convulsionado/ com certeza, a condução teria sido diferente. [...] Então, cada dia é uma nova conquista com relação à casa de parto. A gente vai, junto com os colegas, tentando implementar mesmo/ formar um núcleo de assistência, né? Mas é difícil...

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M21 relacionou a situação de desigualdade a seguir ao **gênero** (situação 6).

Situação 6: Na situação de opressores, tem-se **as pacientes e seus acompanhantes** e, na situação de oprimido, **o Enfermeiro Obstétrico**. M21 contou como é trabalhar com seu colega, Enfermeiro Obstétrico:

[...] eu tiro o chapéu demais para o meu parceiro... [...] Ele é homem, mas as mulheres se sentem TOTALMENTE à vontade com ele, porque ELE acolhe muito bem. Ele se posiciona muito bem. [...] Ele é muito competente também na assistência. [...] no Estado de Alagoas, é difícil você ver ENFERMEIRO OBSTETRA ATUANTE. Geralmente [...] na maioria das maternidades, tem Enfermeiras Obstétricas. Então, quando é Enfermeiro, às vezes, o marido olha assim meio de lado, a mulher também ((fala sorrindo)). Mas, com o passar da assistência, aí você fica mais tranquilo, entendeu?

Enfrentando as desigualdades, M21 optou pelo **silenciamento**.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M21 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **classe socioeconômica** (situação 7).

Situação 7: na situação de opressor, tem-se **os colegas de trabalho**, e, na situação de oprimidas, **mulheres pobres**. M21 contou sobre o atendimento social que a sua equipe de assistência domiciliar faz, que é como ela **enfrenta as desigualdades**.

[...] graças a Deus, foi um projeto muito... muito bonito de essência de atuação. [...] a gente também faz um atendimento social, junto com o MÁTRIA, para aquelas mulheres que são vulneráveis à violência obstétrica, né? [...] gestantes de baixo risco, mas que tem o nível econômico vulnerável [...] A gente faz assistência totalmente gratuita pra parto... hospitalar ou domiciliar. Geralmente, quando a gente faz uma assistência social, a proposta é que seja parto domiciliar, né? Mas, às vezes, pode acontecer de, no decorrer da gestação, aquela paciente ter indicação pra parto hospitalar. Como aconteceu com a nossa última assistência, né? A gente começou a assistência dessa gestante/ porque a gente começa a assistência com 33 semanas, né? A gente começou, a gestante de baixo risco, de... de condições econômicas e sociais mesmo de vulnerabilidade e a gente começou com o planejamento para o parto domiciliar. Só que, na minha consulta de 38 semanas, eu percebi uma alteração de tônus uterino e... de movimentação fetal mesmo. O bebê não mexeu durante a consulta todinha e aquele tônus uterino aumentado. [...] tem uma médica parteira que é MARAVILHOSA [...] Então, sempre que a gente precisa de algum suporte para o atendimento social, ela nos atende também de forma gratuita. E daí eu falei com ela e pedi pra ela fazer uma avaliação, uma cardiotocografia, ou, se tivesse possibilidade, um Doppler. E daí, quando ela fez o Doppler, ela identificou que o bebê estava com uma restriçãozinha de crescimento.[...] E, durante a consulta, a pressão inicial da paciente

também estava elevada. [...] E aí eles iriam opinar por uma indução pra um parto hospitalar/ por causa da restrição, não daria mais pra ser um parto domiciliar. E daí, quando eu fui pra consulta de indução, porque eu iria fazer a condução não farmacológica, a paciente estava com uma pressão, inicialmente, de 16 por 10. Aí, em repouso, 15 por 10. E não diminuiu. Então, naquela consulta nem foi feita a indução. Foi feito o encaminhamento para a maternidade de alto risco. E ela chegou na maternidade pressão com a pressão 18,11/ 180 por 110 e sem sintoma. E sendo manejada como pré-natal de baixo risco, que ela fazia pré-natal no postinho perto de casa. E ela, infelizmente, teve que ir pra cesariana, porque a cardiocografia não tranquilizava para fazer indução. Então, tem situações que a gente começa com o planejamento domiciliar, mas, por algum motivo, acaba sendo hospitalar. [...] a cada três meses, a gente abre para o atendimento social. Mas, a gente acaba sempre recebendo mais porque o coração não deixa ((risos)).

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M21 relacionou as duas situações de desigualdade a seguir à **usuária de drogas** (situações 5 e 6).

Situação 8: Na situação de opressora, tem-se **a médica** e, na situação de oprimida, **a paciente usuária de drogas**. M21 falou de quando atendeu uma paciente que, inicialmente, não deixava ninguém chegar perto dela para prestar assistência:

[...] na maternidade ((onde ela trabalhava)), a gente tem, em frente, uma favela. [...] quando chegavam pacientes com maior vulnerabilidade social ou então pacientes que [...] eram usuárias de... de drogas, sempre tinha aquele preconceito da equipe. Na ponta assim, na entrada. E dos médicos também. Uma assistência foi de uma paciente usuária [...] eu estava no pré-parto, tinha outra médica também que estava com a gente. Ela não deixava ninguém chegar perto. Até pra auscultar mesmo. E aí eu fui conquistando AOS POUÇOS a confiança dela. Mas tipo assim ela não me olhava nos olhos, ela ficava totalmente isolada assim. [...] Não tinha como fazer assistência por causa que ela não deixava. [...] às vezes, tirava a batinha, ela ficava toda nua. O que é um direito dela, né, só que aí gerava preocupação dela sentar no chão sem uma proteção. E eu sei que, com muita insistência e estando sempre ali por perto, sem invadir o espaço dela, ela percebeu que eu estava ali pra ajudar ela. Então, ela deixava eu auscultar, eu chegar mais próximo, entendeu? Ela se acorava e se apoiava numa cadeira [...] quando a médica chegou, que ela percebeu a situação, tipo assim ela GRITOU mesmo com a paciente: 'EU NÃO VOU FAZER PARTO NO CHÃO!'. Porque ela estava acorada no chão. 'Se você não vier pra cama, seu filho vai nascer sozinho! Eu não vou fazer seu parto'.

Enfrentando as desigualdades, M21 **auxiliou** a paciente:

Então, assim, situações que são totalmente desnecessárias e que são totalmente preconceituosas. Você não entendeu a conversa do outro; não entendeu a necessidade DAQUELA paciente. [...] ela estava assustada com o que estava acontecendo com o corpo dela/

primeiro filho. [...] sabe aquela mulher que assume o instinto animal mesmo, de fazer o que quer, aquela força mesmo? [...] E daí, quando a gente está próxima, a gente vai respeitando e vai tentando manter a segurança dela; mas sem precisar dessas coisas, né? E daí acho que essas palavras me marcaram bastante!

Situação 9: Na situação de opressora, tem-se **a médica** e, na situação de oprimida, **a paciente usuária de drogas**. M21 falou de como a médica tratou uma paciente que foi admitida em período expulsivo em seu serviço:

Teve outra situação de uma paciente que chegou em período expulsivo, usuária também. Já era umas três e pouco da manhã. A médica não subiu pra fazer a assistência com muita boa vontade. E acabou que, quando a bolsa rompeu, molhou a médica todinha. E daí ela começou a gritar com a paciente... Enfim, coisas que você sabe que só acontecem por causa da vulnerabilidade a paciente. [...] ela não tem culpa da bolsa dela ter molhado a médica. A médica que tem culpa de estar com a cara onde não devia, sem proteção, né? E, se fosse uma pessoa orientada, com certeza, iria botar a médica no lugar dela, porque ela não está ali pra isso. Mas que, devido à vulnerabilidade da paciente, ela acabou com um discurso muito desrespeitoso.

Enfrentando as desigualdades, M21 optou pelo **silenciamento**.

c) Naturalização das desigualdades:

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M21 diz não ter vivenciado situações de desigualdade relacionadas ao **gênero, raça e classe socioeconômica** (situação 7). Ainda que tenha dito isso, M21 citou uma situação que relacionou ao **gênero** anteriormente (situação).

Situação 10: nessa situação, **os envolvidos** foram colegas de trabalho, as pacientes e a Enfermeira Obstétrica M21:

Graças a Deus, de gênero e de raça não. ((Com relação à classe socioeconômica)), na ((maternidade particular)), não tem como. [...] no interior, é uma cidade pequena, todo mundo conhece todo mundo. [...] não tinha tanto impacto. É claro que havia comentários [...] de algumas pacientes específicas, principalmente, quando eram usuárias, entendeu?"

Pensando em um **enfrentamento das situações de desigualdade, em uma visão coletiva, para além do seu ambiente de trabalho**, M21 fala que:

(...) na ((maternidade onde trabalhava)), os bairros de referência da maternidade 60% são de periferia, entendeu? São bairros de um nível econômico realmente de maior vulnerabilidade. Então, a assistência em si ela precisa ser melhor trabalhada, com relação a

atender a esse público, a entender o porquê [...] da condução mesmo da assistência, entendeu? [...] o ser humano mesmo que precisa se SENSIBILIZAR, que precisa entender o próximo, que precisa entender a realidade do próximo, que precisa se por no lugar do próximo. E que, nem sempre, você está ali só como produção. 'Ah, foi o sétimo parto do dia!' Não. [...] são momentos diferentes. São nascimentos diferentes. São famílias diferentes. São pessoas de universos diferentes. E que, nem sempre, são encarados dessa forma, entendeu?

3.23 Enfermeira Obstétrica Negra M22

3.23.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M22, parda, 28 anos, solteira, não tem filhos, mora e atua em São Luís (MA). Formada como Enfermeira há seis anos e como Enfermeira Obstétrica há três anos. Especialista em Urgência e Emergência há cinco anos e Mestrado em Terapia Intensiva há dois anos. **Atua em uma maternidade pública**, que considera nova, com boa estrutura, com cerca de 38 leitos e elevador. No pré-parto, são oito leitos, separados por cortinas. São duas salas de cirurgia, quatro leitos de pós-operatório, uma sala de admissão da enfermagem e uma do médico. A entrevistada **M22 e suas 17 colegas Enfermeiras Obstétricas** acompanham a mulher no trabalho de parto e parto, com auxílio das técnicas de Enfermagem; e os médicos, geralmente, intervêm quando têm alguma distocia ou indicação real de cesariana. M22 diz que ela e as colegas conseguem prestar uma assistência humanizada e propor ideias para a melhoria do cuidado, o que é incentivado pelos gestores da maternidade. Destaca o quanto é gratificante trabalhar com esse apoio. As Enfermeiras Obstétricas ainda não realizam a internação da paciente, mas estão caminhando para isso. Em geral, o parto acontece no próprio leito da paciente.

Sobre a sua equipe, M22 tem o apoio da equipe de Enfermagem para sua atuação, contribuindo bastante para desempenhar um trabalho humanizado. Com relação aos médicos, M22 diz que já tiveram muitos conflitos, principalmente a partir do momento em que as Enfermeiras Obstétricas passaram a ter mais autonomia de atuação no serviço. Atualmente, essa relação tem melhorado bastante. **Sobre as mulheres e famílias**, M22 diz nunca ter tido reclamação sobre sua assistência. Inclusive, como um dos resultados do seu projeto de intervenção do CEEOil, a maternidade tem o livro de relato, em que as mulheres podem deixar seu feedback

sobre o cuidado que receberam. Geralmente, não tem críticas negativas. **Após se formar como Enfermeira Obstétrica**, M22 relata que ela e mais duas Enfermeiras Obstétricas que se formaram pelo CEEOil tiveram a oportunidade de colocar em prática seus projetos de intervenção na maternidade, sendo que o dela foi relacionado à humanização da assistência e os das colegas a protocolos assistenciais. Relata que isso tem agregado bastante no processo de trabalho.

Figura 27: Desenho esquemático do setor onde M22 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M22, e aprovado por M22, 2021.

3.23.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da Interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M22 relacionou a situação de desigualdade a seguir ao **gênero** (situação 1).

Situação 1: Na situação de opressora, tem-se uma **mulher** (paciente) e, na situação de oprimido, **o homem** (médico). A paciente questionou M22 sobre quem iria atendê-la:

[...] às vezes, eu vejo as pacientes [...] elas perguntam: 'Ah, o obstetra/ o médico é homem ou mulher?'. Tem sempre essa perguntinha, né? ((fala sorrindo)). Mas, não que elas se recusem pelo fato de ser HOMEM não. Nunca aconteceu pelo menos.

Enfrentando a situação de desigualdade, M22 dialogou com a paciente:

[...] já tiveram algumas situações sim [...] que eu, por suspeitar que tem uma certa resistência, né, com relação ao gênero, de me dispor a avaliar ela, de conversar com o médico, pra [...] ela não se sentir desconfortável digamos assim. Mas não que tenha acontecido de chegar e se recusar mesmo.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M22 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **classe profissional** (situação 2).

Situação 2: na situação de opressora, tem-se a **paciente** e, na situação de oprimida, a **Enfermeira Obstétrica M22** falou sobre o pensamento de algumas pacientes a respeito do médico e da Enfermeira Obstétrica:

[...] tem mulheres que elas têm ainda [...] na verdade, é uma questão cultural mesmo de achar que o médico tem mais conhecimento, que ele tem mais habilidade e preferir, às vezes, o médico.

Enfrentando a situação de desigualdade, M22 dialogou com a opressora:

[...] eu, geralmente, explico que [...] o Enfermeiro Obstetra tem competência, né, pra fazer ali os procedimentos e conduzir o parto dela. [...] que a gente tem essa habilidade, que a gente pode, inclusive, conduzir o parto sem o médico. E aí, às vezes, elas... elas ficam menos resistentes, às vezes não...

b) Naturalização das desigualdades

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M22 relatou nunca ter vivenciado situações de desigualdades relacionadas à **raça e classe socioeconômica** (situação 3).

Situação 3: nessa situação, **os envolvidos** foram M22, seus colegas de trabalho e as pacientes:

[...] comigo nunca teve, nem com os colegas também eu nunca presenciei não. [...] com relação a Enfermeiro-paciente...? Não. Não que eu lembre.

3.24 Enfermeira Obstétrica Negra M23

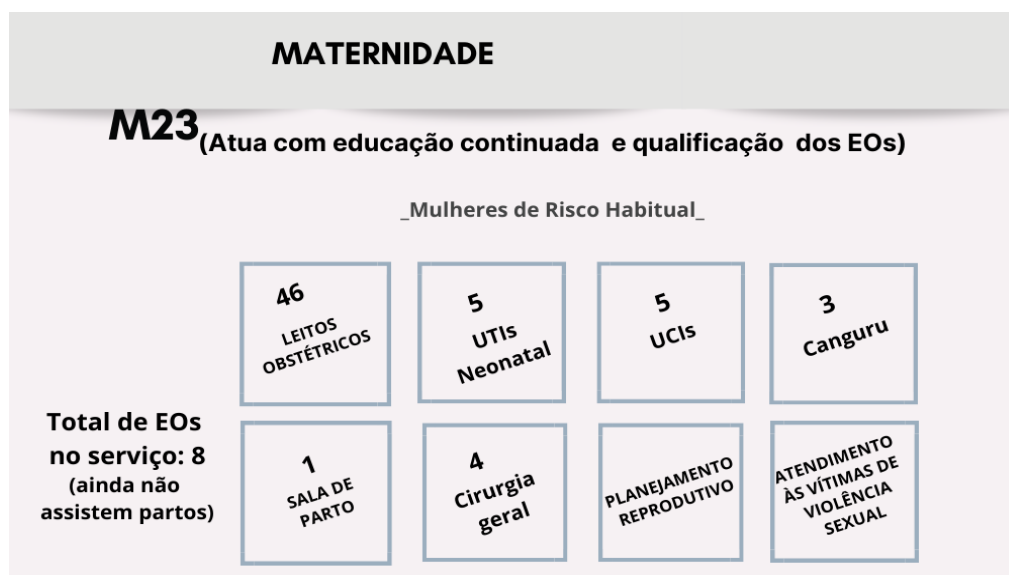
3.24.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M23, parda, 33 anos, solteira, tem 01 filho, mora e atua em Manaus (AM). Formada como Enfermeira há 13 anos e como Enfermeira Obstétrica há dois anos. Mestrado em Saúde Pública, pela Fiocruz, há três anos. **Atua em uma maternidade municipal de risco habitual**. São 46 leitos obstétricos, cinco de UTI Neonatal, cinco de UCI, três de Canguru, quatro de cirurgia geral. Há o serviço de atendimento às vítimas de violência, que é uma das referências do município. Também existe o atendimento ambulatorial de planejamento reprodutivo, que oferece métodos como o DIU e de esterilização cirúrgica. Possui sala de parto e não tem PPP – a

maternidade está em reforma. Atualmente, são dois ou três Enfermeiros que se dividem entre 23 leitos e a assistência no pré-parto. **M23, atualmente, atua com educação continuada e qualificação dos Enfermeiros Obstétricos do serviço.** Logo depois do CEEOII, veio o projeto Apiceon, que deu o impulso para instituir o Enfermeiro Obstétrico no serviço, trazendo as evidências dos benefícios de sua atuação. Assim, identificaram-se Enfermeiros com a especialização; foi feito o cadastro no CNES desses Enfermeiros; discutiram-se fluxos de cuidado da admissão das parturientes e do acompanhamento do trabalho de parto; e dialogou-se com a equipe médica sobre esse processo. Optou-se que ser Enfermeiro Obstétrico é requisito para estar na assistência aos 23 leitos e pré-parto. **São oito Enfermeiros Obstétricos** na assistência: duas fizeram o Aprimoramento no Rio de Janeiro, pelo Apiceon. Por conta da pandemia, ainda não há Enfermeiro Obstétrico assistindo parto, devido à insuficiência de recursos humanos. A diretora da maternidade é Enfermeira Obstétrica, formada com M23 no CEEO II; e o gerente de enfermagem também é Enfermeiro Obstétrico. Esse apoio da gestão facilita o seu trabalho.

Sobre a sua equipe, M23 percebe que muitos médicos confiam em seu conhecimento. A maioria dos Enfermeiros está envolvida nesse processo de mudança e qualificação profissional. **Após se formar como Enfermeira Obstétrica,** M23 concluiu que a associação do CEEOII, do Apiceon e dos três anos de planejamento, avaliação e ação lhe deu as ferramentas para que ela conseguisse se qualificar como profissional. M23 relata que não tinham partos assistidos por Enfermeiros Obstétricos; atualmente, tem cerca de 0,5%, o que, pra ela, já representa um avanço.

Figura 28: Desenho esquemático do setor onde M23 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M23, e aprovado por M23, 2021.

3.24.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da Interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M23 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **etnia** (situação 1).

Situação 1: na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimida, **uma paciente venezuelana**.

[...] eu vejo uma diferença muito grande/ quando a gente fala em pessoas com situação de vulnerabilidade social, cultural/ aqui temos venezuelanos, né? Então, eu já vi um atendimento muito desigual... Eu já vi uma paciente de ia de alta... E eu cheguei pra perguntar se a criança tinha feito todos os testes e ela disse que não. Testes de triagem neonatal. Que só o que faltava pra liberar a criança pra ir pra casa. [...] A verdade é que a pessoa [...] acho que abriu a porta, chamou pra ir para o setor onde tinha que fazer e fechou. Então, em momento algum, percebeu que ela não falava, não se comunicava, não entendia, né? Então, eu já vi essas desigualdades nesse sentido, entendeu? Dessa falta de percepção, de empatia. Haitianos, venezuelanos.../ assim, uma diferença de tratamento mesmo, sabe? Aumentou muito o número de imigrantes aqui. Então, começamos a receber bastante.

Enfrentando as desigualdades, M23 **auxiliou** a paciente:

Eu tento... amenizar a situação ((risos)). Na verdade, tentar retratar [...] eu sempre me coloco no lugar do outro, sabe? Independente de qualquer situação, [...] eu tenho um negócio que chama

sensibilidade. É... isso me incomoda. Então, assim, eu tento ajudar de alguma forma. [...] Então, se eu puder pegar na mão da pessoa... Dessa pessoa, por exemplo, eu peguei, [...] conversei com o acompanhante, perguntei se tinha entendido e as conduzi até o setor onde iria realizar o teste pra tentar agilizar e fazer o mais rápido possível pra que ela fosse de alta pra casa, entendeu?

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M23 relacionou a situação de desigualdade a seguir ao **gênero** (situação 2).

Situação 2: Na situação de opressores, tem-se **homens e mulheres** (colegas de trabalho) e, na situação de oprimidas, **mulheres** (pacientes):

Já aconteceram muitas situações [...] ninguém mais aguenta a mulher gritando, ninguém mais quer chegar perto dela, ninguém está nem aí e a mulher está lá. Teve um plantão que eu dei, eram duas pacientes. Eu acho que uma primípara e uma multípara, não lembro/tenho até uma foto delas. Que elas estavam TÃO agitadas, TÃO ansiosas...

Enfrentando as desigualdades, M23 **auxiliou** as pacientes e seus acompanhantes:

[...] conversei com o acompanhante, disse que ele era importante naquele papel de ajudar [...] Aí coloquei eles numa sala, apaguei a luz, coloquei uma música relaxante, coloquei no cavalinho, posicionei. Ninguém via que elas estavam na fase ativa de trabalho de parto, entendeu? Só que, assim, ninguém tinha conseguido chegar perto para perguntar: “Está precisando de que?” ((fala sorrindo)). Ninguém foi nem pra avaliar. A mulher fica gritando, às vezes, ela está pedindo socorro, né?

M25 destacou o papel do Enfermeiro Obstétrico na equipe de trabalho:

[...] as pessoas eu acho que não fazem nem o próprio papel, quanto mais fazer além. Se eu puder fazer além, me colocar no lugar do outro pra fazer além, eu vou fazer. Sempre! [...] eu acho que o Enfermeiro Obstétrico ele tem o papel muito importante como líder da equipe. [...] eu acredito que [...] o bom Enfermeiro vai ter uma boa equipe, né? [...] O Enfermeiro Obstétrico mais ainda. Porque eu acho que ele tem o papel de reconduzir a situação de uma forma/ porque ele tem o conhecimento técnico e científico pra isso, né? E, às vezes, a gente chegar próximo da mulher, dar uma orientação, [...] oferecer um copo de água/ MUDOU! PAROU! Entendeu?

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M23 relacionou a situação de desigualdade a seguir ao fato do **caráter do profissional, independente de gênero e raça** (situação 3).

Situação 3: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimidas, **as pacientes**.

Não que eu me recorde. [...] Já vi situações de desigualdade, mas assim, independente de gênero ou de raça ((fala sorrindo)). Profissional ruim é profissional ruim! Então... ((risos)). [...] Eu penso muito, às vezes, do/ da falta de cuidado mesmo, de respeito, de privacidade. Essas coisas do dia a dia que a gente percebe assim. [...] Muitas coisas me incomodam. Né? Na postura do atendimento... Mas, assim, nenhuma situação que eu, hoje, consiga lembrar...

Além disso, M23 falou sobre sua própria experiência de parto:

E... junto com isso, [...] ser formada em Enfermeira Obstétrica e Apiceon, eu tive a experiência de parir. Então, assim, isso mexeu muito comigo também. Me deixou com a minha sensibilidade um pouco [...] aflorada. Porque eu comecei a desejar para o outro o que eu tive na verdade. Eu tive respeito, eu tive privacidade [...] eu fui para a Partolândia e voltei. Só que eu tive analgesia de parto, eu pari na posição em que eu me senti mais confortável. A minha obstetra ficou na minha frente ajoelhada e falou: “O que que você quer?” A anestesista foi e me deu um copo d’água. E são lembranças que eu tenho. Então, assim, eu pari com respeito, eu pari com dignidade. Acho que foi uma das experiências mais fantásticas que eu tive na minha vida e é o que eu desejo para as minhas pacientes! [...] E é por isso que eu estou lutando! ((risos))

3.25 Enfermeira Obstétrica Negra M24

3.25.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M24, parda, 38 anos, solteira, tem um filho, mora e atua em Manaus (AM). Formada como Enfermeira há cinco anos e como Enfermeira Obstétrica há dois anos. **Atua em uma maternidade municipal como diretora da maternidade.** A instituição hoje atende, em média, 300 partos por mês. Está sendo feita uma manutenção da maternidade para melhorar a ambiência do PPP, pois ainda possui uma sala de parto muito ultrapassada: a mulher ainda se dirige à sala de parto para a assistência ao parto e nascimento. A entrevistada **M24 relata que são oito Enfermeiros Obstétricos, entre homens e mulheres, sendo todos alocados no PPP.** Atualmente, está sendo feita uma seleção de quem tem especialização de Enfermagem Obstétrica para realocações. M24 diz que tem trabalhado junto à equipe, instaurando os protocolos e tentando melhorar o atendimento, utilizando-se da expertise que possui em obstetrícia associada à gestão.

Sobre a sua equipe, em geral, os colegas Enfermeiros Obstétricos têm se envolvido com as atividades para melhorias no serviço. M24 relata que a maternidade começou a caminhar nesse processo de mudanças e melhorias desde

o projeto *ApiceOn*, já que não tinha Enfermeiro Obstétrico. Atualmente, tem-se Enfermeiros Obstétricos na escala e estão sendo promovidas capacitações e organização de equipe de apoio. **Sobre as mulheres e famílias**, M24 diz ser gratificante o retorno que elas dão sobre a assistência recebida. Isso porque percebe que elas são muito gratas e vêm a diferença positiva entre o atendimento prestado pela Enfermeira Obstétrica e pelos médicos. **Após se formar como Enfermeira Obstétrica**, juntamente com sua experiência como articuladora do *Apiceon* no serviço, M24 relata que começou a implementar com mais força a inserção e atuação dos Enfermeiros Obstétricos no setor de pré-parto e parto da maternidade.

Figura 29: Desenho esquemático do setor onde M24 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M24, e aprovado por M24, 2021.

3.25.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da Interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M24 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **classe profissional** (situação 1).

Situação 1: na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimidas, **as Enfermeiras Obstétricas, incluindo M24**.

Na época da especialização, a gente sentia assim um impacto nas maternidades, né, que a gente ia em relação [...] ao Enfermeiro realizar o parto, né? A gente sentia um pouco dessa dificuldade. EU

ACREDITO que é questão de espaço mesmo, né? Existe uma fragilidade em perder espaço, essas coisas.

Enfrentando as desigualdades, M24 dialogou com os opressores:

Sempre tentava dialogar da melhor forma [...] cada um tem o seu papel, né? Cada um tem a sua importância, a gente tem que saber nossos limites... E tentar levar isso tanto para o usuário tanto para o colega que se sente incomodado que você está fazendo alguma coisa. [...] Acabou que quando eu vim para aqui, acabou que isso me ajudou como gestora/ da gente não passar por certas situações que eu via em algum lugar.

b) Naturalização das desigualdades

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M24 diz não ter percebido situações de desigualdade relacionadas ao **gênero, raça, classe socioeconômica e classe profissional** em seu local de trabalho (situação 2).

Situação 2: na situação, **os envolvidos** foram colegas de trabalho, as pacientes e a Enfermeira Obstétrica M24.

Nunca aconteceu comigo e não presenciei com ninguém próximo meu assim. Que eu cheguei a ver, não. Aqui, a gente não tem toda essa dificuldade em relação a isso, porque como todo mundo é da casa e é concursado... [...] Então, quem é médico é médico e quem é Enfermeiro vai continuar tendo o seu salário normal. Então indiferente de ... [...] de produção/ de demanda isso não vai mudar. Então, a gente percebe que não tem tanta resistência em relação a isso.

Pensando em um **enfrentamento das situações de desigualdade, em uma visão coletiva, para além do seu ambiente de trabalho**, M24 fala que:

As pessoas precisam ainda ter muita maturidade. [...] acho que a discussão ainda precisa ser mais técnica do que ego ((fala sorrindo)). [...] Eu acho que a gente precisa estudar e a gente precisa mostrar isso como serviço. [...] Que eu sempre tento passar isso nas reuniões. Não adianta a gente ir pro embate desnecessário. A gente tem que ver um artigo mais atualizado e mostrar isso [...] na prática mesmo.

3.26. Enfermeira Obstétrica Negra M25

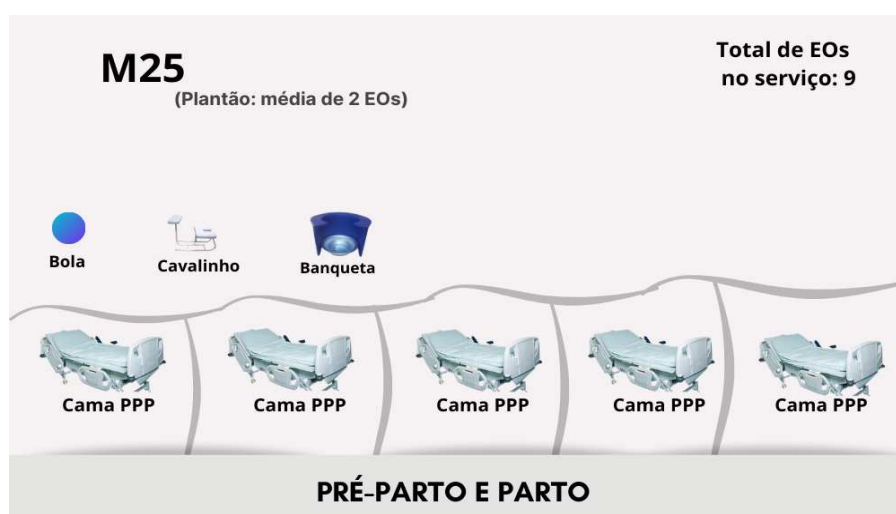
3.26.1 Caracterização, atuação e contexto de trabalho

M25, parda, 28 anos, solteira, não tem filhos, mora e atua em Palmas (TO). **Formada como Enfermeira** há seis anos e como Enfermeira Obstétrica há três anos. **Atua nos setores de pré-parto e parto de uma maternidade pública**. A estrutura do pré-parto e parto é pequena, o que M25 percebe como uma dificuldade para a melhoria da assistência. São cinco leitos PPPs na sala de pré-parto, divididos

por cortinas. O setor possui os materiais necessários para a assistência, como cavalinho, banqueta e bola. A entrevistada **M25 e seus oito colegas Enfermeiros Obstétricos**, sendo um homem, conseguem atuar na assistência direta ao parto. Em todos os plantões, há, em média, dois Enfermeiros Obstétricos. Devido à pandemia, no momento, a equipe está bastante desfalcada. M25 relata que consegue trabalhar bem com mudanças de posições para as mulheres nas camas PPPs e que elas ficam mais confortáveis.

Sobre a sua equipe, M25 diz ter um pouco de dificuldade em relação à classe médica, pois eles ainda querem ter o monopólio da assistência. Assim, tem dificuldade na discussão de casos e no acompanhamento compartilhado da paciente com eles. Apesar disso, em geral, seu trabalho é bem tranquilo. Não tem dificuldades de relação com a equipe de enfermagem, que tem se mostrado bem aberta e disposta ao trabalho em equipe. **Sobre as mulheres e famílias**, M25 relata ser bem tranquila. Algumas mulheres já chegam com o conhecimento do seu trabalho e elas próprias pedem para a Enfermeira Obstétrica acompanhá-la. Mas, quando as mulheres não conhecem seu trabalho, M25 e seus colegas se apresentam e falam sobre o cuidado prestado pelo Enfermeiro Obstétrico, não encontrando recusa em prestarem assistência a elas. **Após se formar como Enfermeira Obstétrica**, M25 tem percebido que atuar como Enfermeira Obstétrica é um trabalho gratificante, ainda mais por já gostar dessa área desde antes da especialização.

Figura 30: Desenho esquemático do setor onde M25 atua



Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos relatos de M25, e aprovado por M25, 2021.

3.26.2 Situações de desigualdades: reconhecendo, sentindo e enfrentando

a) Invisibilidade da Interseccionalidade

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M25 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **classe socioeconômica** (situação 1).

Situação 1: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho** e, na situação de oprimidas, **pacientes pobres**. M25 falou da diferença de tratamento entre as mulheres:

[...] Quando as pessoas percebem que ela tem um poder aquisitivo maior, tem uma diferença sim ((de tratamento)). A explicação sobre o trabalho de parto ela é diferenciada. Todo o tratamento dela. [...] Ah, eu não sei nem te explicar, né? ((fala sorrindo)). Mas é no geralzão mesmo, nada específico. É ruim, porque a gente sabe que todas as pacientes merecem ser tratadas [...] igual, independente de qualquer coisa, né?

Enfrentando as desigualdades, M25 **dialogou e auxiliou as pacientes:**

[...] a gente procura explicar direitinho, conversar, dar uma assistência igual para todas.

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M25 relacionou a situação de desigualdade a seguir à **classe profissional** (situação 2).

Situação 2: Na situação de opressores, tem-se **colegas de trabalho e pacientes mulheres** e, na situação de oprimidas, **as Enfermeiras Obstétricas**. M25 falou da diferença de tratamento do médico e da Enfermeira Obstétrica:

Eu vejo diferença assim no tratamento: 'Ele é médico, vou tratar ele melhor do que o Enfermeiro'. No pensamento da pessoa, talvez ele seja mais do que a gente, entendeu? ((Sinto-me)) Diminuída, porque aqui a gente trabalha em equipe e cada um tem sua [...] importância na equipe. [...] Então, não precisa diminuir ninguém.

Enfrentando as desigualdades, M25 optou pelo **silenciamento:**

Eu não faço nada.

b) Naturalização das desigualdades

Reconhecendo e sentindo os efeitos das desigualdades, M25 não vivenciou situações de desigualdades relacionadas à **raça, gênero e orientação sexual** (situação 3).

Situação 3: Nessa situação, **os envolvidos** foram M25, colegas de trabalho e pacientes mulheres:

Mas questão racial, não teve ainda não. Que eu presenciasse não. [...] com relação ao gênero, por ser mulher ou por ser homem... ou ter uma orientação sexual diferente do padrão...

4. ANÁLISE HERMENÊUTICA

4.1 Situações de desigualdades: Reconhecendo, sentindo e enfrentando as desigualdades

Este tema apresenta as situações em que uma pessoa foi discriminada pelo seu gênero, raça ou classe (ou outra forma de desigualdade que a Enfermeira Obstétrica identificou). Inclui os envolvidos no ocorrido – pessoa na situação de opressor(a) e pessoa na situação de oprimido (a) –⁴⁹, o entendimento da situação pela participante, o que ela sentiu e o que fez diante de tal situação.

Subdivide-se em três subtemas: **a) Invisibilidade da Interseccionalidade das desigualdades; b) Desigualdades interseccionais e c) Naturalização das desigualdades.**

Essa divisão foi pensada pela possibilidade de se permitir ao leitor uma melhor compreensão dos dados obtidos pelas narrativas das participantes, baseando-se no referencial teórico da Interseccionalidade. Por meio dessa divisão, enfatiza-se a importância de utilizar a Interseccionalidade para visibilizar as desigualdades e as formas de opressão envolvidas, a fim de que sejam pensadas e traçadas estratégias eficazes de combatê-las.

4.1.2 Invisibilidade da Interseccionalidade das desigualdades

Este subtema apresenta as situações de desigualdades nas quais as participantes percebem a situação vivenciada ligada apenas a uma única forma de opressão, não identificando ou reconhecendo outras formas que se interseccionam.

Vinte e duas Enfermeiras Obstétricas negras referiram situações de desigualdades e relacionaram cada uma das situações a apenas uma forma de opressão (Figura). Elas relacionaram a: **Classe socioeconômica (11)** ou **Classe profissional (11)** ou **Gênero (06)** ou **Raça (03)** ou **Etnia (02)** ou **Orientação sexual (02)** ou **Caráter do profissional (02)** ou **Competência profissional (01)** ou **Ser usuária de drogas (01)** ou **Ser portadora de visão monocular (01).**

⁴⁹ A escolha dos termos “na situação de opressor(a)” e “na situação de oprimido(a)” foi devido ao fato de que, nas situações de desigualdades, em um momento a mesma pessoa pode estar como oprimida; em outro, como opressora.

Figura 31. Invisibilidade da Interseccionalidade das desigualdades: formas de opressão citadas pelas participantes

CLASSE SOCIOECONÔMICA	M2, M5, M6, M8, M13, M17 M18, M19, M20, M21, M25	11
CLASSE PROFISSIONAL	M1, M5, M7, M8, M11, M13 M16, M21, M22, M24, M25	11
GÊNERO	M1, M16, M20, M21, M22, M23	6
RAÇA	M6, M7, M10	3
ETNIA	M5, M23	2
CARÁTER DO PROFISSIONAL	M14, M23	2
USUÁRIA DE DROGAS	M21	1
ORIENTAÇÃO SEXUAL	M1, M12	2
COMPETÊNCIA PROFISSIONAL	M8	1
PORTADORA DE VISÃO MONOCULAR	M8	1

Fonte: Elaborada pela pesquisadora a partir dos dados desta pesquisa. A figura apresenta cada uma das formas de opressão citadas, seguidas de quais participantes as citaram e o número total de participantes que a citaram, 2021.

Reconhecer a existência das desigualdades é um passo importante para seu enfrentamento. Porém, tem-se os perigos da invisibilidade interseccional, em situações que a perspectiva de gênero não permite olhar para outros marcadores sociais da desigualdade em que as mulheres se situam, e a leitura somente da raça também não visibiliza outras discriminações. Ou seja, as formas de opressão são pensadas isoladamente e/ou é dada a uma delas maior grau de importância do que a outra, o que não permite a elaboração de estratégias eficazes de combate às desigualdades (CRENSHAW, 2002).

Todas as mulheres estão, de algum modo, sujeitas ao peso da discriminação de gênero (CRENSHAW, 2002). No entanto, são desconsideradas outras formas de opressão, por exemplo, em função da orientação sexual, de ser portadora de necessidade diferenciada e de pertencer à determinada categoria profissional; e a maneira como elas se interseccionam na vida de uma mulher que convive com mais de uma delas (CRENSHAW, 2002).

Tais elementos diferenciais podem criar problemas e vulnerabilidades exclusivos de subgrupos específicos de mulheres, ou que afetem de forma desproporcional apenas algumas mulheres (CRENSHAW, 2002). No entanto, a visão tradicional da discriminação acaba por excluir essas sobreposições, considerando que a discriminação de gênero se refere apenas às mulheres; a racial apenas à raça e etnia; e a de classe apenas às pessoas pobres (CRENSHAW, 2002; 2012).

Kimberlé Crenshaw (1989) sugere que esse modo de eixo único invisibiliza as mulheres negras no que se refere a conceituar, identificar e combater as discriminações de raça e de gênero. Nesse sentido, elas são incluídas, de forma limitada, às experiências dos outros membros mais privilegiados dos movimentos sociais – no caso do movimento antirracista, os privilegiados são os homens negros, e, no caso da discriminação de gênero, as privilegiadas são as mulheres brancas. Assim, os problemas enfrentados pelas mulheres são discutidos, mas as análises nem sempre consideram as especificidades contribuintes da geração de desigualdades.

Nesse contexto de invisibilidade da interseccionalidade, Crenshaw (2002) apresenta a ideia da superinclusão e da subinclusão, já discutidos anteriormente. Dessa forma, considera-se superinclusão quando um problema atinge de forma específica ou desproporcional um subgrupo de mulheres, mas é simplesmente definido como um problema de mulheres. Dessa forma, os aspectos que o classificam como um problema interseccional são absorvidos pela estrutura de gênero, sem qualquer tentativa de reconhecer a influência do racismo ou de outra forma de discriminação em tal circunstância (CRENSHAW, 2002). Por outro lado, considera-se que ocorre subinclusão quando um problema – claramente de gênero – não é considerado como tal, pelo fato de afetar apenas um subgrupo de mulheres e não fazer parte da experiência de mulheres dos grupos dominantes (CRENSHAW, 2012).

Crenshaw (2002) aponta para a necessidade de novas metodologias que desvendem as formas como várias estruturas de subordinação convergem, apresentando, como exemplo, uma metodologia proposta pela teórica feminista Mari Matsuda de “fazer outras perguntas”. Conforme Matsuda (apud CRENSHAW, 2002, p. 183) sugere, muitas vezes uma condição pode ser identificada, por exemplo, como produto óbvio do racismo, porém, mais informações poderiam ser reveladas se, como rotina, fossem colocadas as seguintes perguntas: “Onde está o sexismo nisso? Qual a sua dimensão de classe? Onde está o heterossexismo?”

Dessa forma, a partir das narrativas das participantes sobre situações de invisibilidade da interseccionalidade das desigualdades, esta pesquisa propõe a reflexão sobre a importância de questionamentos sobre outras formas de opressão que possam existir em tais situações, para além do que se pareça óbvio, baseando-

se em Matsuda. A análise interseccional das situações poderá fornecer subsídios para ações e estratégias mais fortalecidas de combate às desigualdades.

Nesse contexto, pensando em **subinclusão**, algumas participantes relacionaram as situações de desigualdades apenas à **classe socioeconômica**, não citando o gênero e nem outra forma de opressão. Algumas participantes relataram que seus colegas de trabalho tratam de forma diferente as mulheres, dependendo de sua classe socioeconômica. Mulheres que têm uma classe mais favorecida acabam recebendo mais atenção, sendo mais respeitadas quanto aos seus direitos e esperando menos tempo pelo atendimento em comparação com as mulheres de classe menos favorecida:

Com pacientes que têm uma classe melhor [...] eu sinto que as pessoas acabam sendo diferentes. Acabam dando um pouco mais de atenção ou respeitando um pouco mais a privacidade, respeitando um pouco mais essa parte dessa humanização. [...] O médico entra no quarto, assim, raríssimas vezes e, quando entra, não é igual o normal de entrar aquele tanto e de conversar alto e às vezes de conversar alto as coisas que não são necessárias naquele momento... A gente percebe que eles ficam mais humanizados... de certa forma, né? (Participante M19).

E DIVERSAS vezes eu vi mulheres chegarem, por exemplo, mais arrumadas, maquiadas, bem vestidas e, simplesmente, elas eram colocadas diretamente à frente na classificação. Porque, às vezes, ((os médicos)) diziam assim: 'Ah, estou de plantão em tal lugar. Venha aqui que eu lhe vejo aqui.' E as mulheres ficavam REVOLTADAS quando viam. [...] tinham pessoas que só abaixavam a cabeça, tinha mulher que só olhava, tinha mulher que chamava a polícia, tem mulheres que gritam, tem vários tipos de comportamentos. (Participante M8).

[...] ((em outro serviço)) tinha um médico que [...] elas ((as pacientes)) diziam que ele tratava MAL, porque elas eram pobres. Então: 'Tomara que meu bebê não nasça no dia em que ele estiver de plantão, que ele nos trata mal.' [...] Mesmo que elas fossem orientadas no pré-natal que elas tinham direito ao acompanhante, chegando lá era diferente, não podia. [...] Tinham casos até que elas chegaram a dizer que eles empurraram a mãe, a acompanhante. (Participante M6).

[...] eu vejo que não é TANTO relacionado, pelo menos lá no serviço, quanto à nossa cor. É... Eu vejo mais relacionado quanto à condição financeira. [...] Só que quando você percebe que a pessoa é menos esclarecida, que a pessoa é de uma classe média mais baixa, é de uma classe social baixa, eles abusam. Entendeu? Aí eles querem fazer procedimentos desnecessários, mandam a pessoa calar a boca porque ela está gritando demais. Então, são situações que são terríveis de se ver. A mesma pessoa tratar uma paciente, que é

paciente dele lá do consultório e tratar a outra pessoa, sabe? (Participante M5).

[...] sinto uma tristeza em relação [...] às cesarianas no Brasil. [...] na verdade, pela falta de informação. [...] o que me entristece é porque assim é muito dividido no Brasil. Parece que PARTO NORMAL é pra pobre e CESARIANA é pra rico. Entendeu? E isso me incomoda muito! (Participante M8).

Era uma paciente que chegou com o abdome bem distendido, né, bastante dor epigástrica. [...] Então, ela chegou pra mim e falou assim: 'Enfermeira, eu estou com esse pedido de ultrassom eletivo HÁ MESES.' Estava bem dobradinho. 'Mas, eu percebo que aqui só faz ultrassom quem tem dinheiro, quem tem conhecimento.' [...] 'Como eu sou pobre, não tenho dinheiro, eu venho aqui só passam medicação, não me encaixam nas situações de urgência.' 'Ah, Enfermeira, pois aqui eu sempre sou tratada assim. Já vim mais de cinco vezes e sou tratada desse jeito.' [...] ela deu até um exemplo: 'Se chegar aqui de sapato alto, rebolando, faz um ultrassom rapidinho.' [...] E ela só piorou do quadro, piorando, piorando. Que ela tinha gordura no fígado, esteatose, e já estava no grau três, enfim... (Participante M18).

Eu já vi assim tratar diferente por ser [...] muito humilde [...] às vezes, estar mal vestido ou assim o banho/ o asseio não estar muito bom. E aí faz comentário de que está com mau cheiro. Não na frente da paciente, [...] mas, próximo assim. E a maneira que trata, você vê que a pessoa sente, né? (Participante M20).

Vale pensar sobre estes exemplos: O fato de a pessoa ser pobre a coloca em um lugar social em que é atingida pelas desigualdades relacionadas à classe socioeconômica. Além disso, propõe-se a reflexão sobre alguns pontos que não foram citados pelas participantes, mas necessitam ser pensados para uma análise interseccional e de combate às desigualdades: ***Elas são mulheres! Qual a raça dessas mulheres? Qual o nível de escolaridade? Elas estavam sozinhas ou tinham acompanhantes? Elas entendiam o que estava acontecendo com elas naquele momento? Por que enquanto elas não tiveram seus direitos respeitados outras tiveram?***

Algumas participantes relacionaram as situações de desigualdades apenas à ***classe profissional***, não citando o gênero e nem outra forma de opressão. Elas falaram, principalmente, relacionando as dificuldades de atuação autônoma como Enfermeira Obstétrica, devido aos embates com a equipe, em especial com os médicos. Além disso, apontaram a falta de reconhecimento da importância de sua atuação no cuidado às mulheres, bebês e famílias no parto e nascimento por parte dos colegas e da própria instituição onde trabalham:

[...] a equipe técnica que não é favorável ao parto normal, foi lá e chamou a chefe, falou: [...] 'A paciente está sofrendo demais. Está deixando ela sofrer muito tempo. Ela já está há oito horas em trabalho de parto. Tem que resolver isso. Vai lá, dá um jeito.' E assim [...] da chefe chegar e entrar na situação: 'Eu vim tocar a paciente', eu: 'Mas por que doutora? Está tudo bem. Está evoluindo bem.' Mostrei o partograma, tentei uma discussão. 'Não, não quero saber disso não. [...] eu vou tocar, porque eu vim cá para te ajudar.', conversando com a paciente, assim, me ignorou [...]: 'Eu vim cá para te ajudar. Pode ficar tranquila. Eu vou resolver sua situação.' E era uma paciente que queria o parto normal, que já tinha sido orientada. Aí ela olhou e falou assim: 'Mas não está normal? A Silvia me falou que está tudo normal. Eu estou só cansada. Eu estou descansando um pouquinho.' Ela ((a médica)) falou: 'Não, você já está cansada demais. Isso aí já não está normal. [...] Pode deixar que eu vou te ajudar. Vou tocar e vou te ajudar.' Tocou, falou que o toque que eu tinha tocado e que mais duas pessoas tinham tocado estava errado. Que estava bem menos. [...] 'Estou te OFERECENDO uma cesárea agora.' Isso mexeu MUITO comigo [...] a ponto assim de me dar uma travada, sabe? De falar assim: 'Não, eu desisto. Não quero... não quero viver essa situação mais'. [...] Eu fiquei no chão. (Participante M5).

[...] tem uma resistência muito grande com relação à autonomia das Enfermeiras. No início, a gente tinha bastante dificuldade. Não conseguia prestar assistência, porque os médicos [...] tornariam aqueles partos de.../ deixariam de ser de risco habitual. Então, eles colocavam, propositadamente, muita ocitocina nas mulheres, já para não deixar a gente assistir os partos ((fala sorrindo)). (Participante M7).

Ela ((a paciente)) pediu pra eu tocar. Eu falei: 'Não, amor, não precisa tocar porque já está bem aqui ó. Vem cá!' Eu chamei a sogra pra ver o cabelinho. [...] o médico chegou... no box. E aí, quando ele viu que eu estava lá, ele foi calçar as luvas pra tocar. E quando ele virou as costas, ela agarrou a minha mão sobre o períneo dela. E pediu que, POR FAVOR, não deixasse ele fazer aquilo. Ela tinha sido tocada fazia 15 minutos. [...] Aí eu falei: 'Senhor Fulano, [...] ela não quer ser tocada. O bebê já está aqui. Quando vier a próxima contração, você já vai ver que está aqui'. [...] 'Ela acabou de ser avaliada por outro profissional.' [...] Aí ele falou assim ((para a paciente)): 'Olha, eu sou o médico. Eu sou responsável por você e eu tenho domínio sobre você. Então, você sabia que as Enfermeiras Obstétricas daqui dessa maternidade botam as pacientes pra parir na banquetta, rasgam seus ânus e elas não sabem costurar?' (Participante M8).

[...] foi uma distocia bem importante, o bebê não descia e aí eu chamei um médico; o médico indicou a cesárea. O outro veio e disse: 'Não precisa não.' Foi e fez um Kristeller. Deixou a mulher roxa. Eu me senti desvalorizada, né? [...] uma desvalorização em relação a tudo o que você estuda. Me senti [...] diminuída! Como se a sua opinião ela não fosse tão técnica ou tão importante ou não tivesse tanto valor quanto a do outro, sabe?(Participante M16).

ÀS VEZES, tem aquele preconceito de médico para ENFERMEIRO. [...] de você não ter aquela credibilidade por ser Enfermeiro. [...] aqui no Estado, o que eu fico INDIGNADA é que as transferências de sala de parto de maternidade pra maternidade o médico regulador do SAMU tem que falar com o médico/ ele não fala com o Enfermeiro. Quando quem está ali na assistência conduzindo sou eu. Entendeu? Isso é algo que me deixa assim PUTA DA VIDA mesmo! Por que eu tenho que dizer ao médico o que eu estou fazendo pra que o médico fale para o SAMU o que é que está sendo feito. E eu acho isso totalmente incoerente. Porque sou eu que estou ali conduzindo. Então, deveria ser eu a passar o caso clínico e não eu ter que ir estar indo atrás do médico: 'Doutor, por favor, fale aqui com o SAMU.' (Participante M21).

No interior [...] as parteiras assumiam um grau de agressividade também desnecessário. [...] só tinha uma parteira/ eram as técnicas de enfermagem/ elas aprenderam o manejo da assistência em sala de parto... [...] elas atenderam essa assistência com os MÉDICOS. [...] o manejar e o tratar era muito daquela forma de impor, tipo assim: 'Deite!'. 'Não, mulher, não sente não! Deite! Pare de gritar! Faça força!'. Até situações que você não acredita que você está escutando nos dias de hoje, como aquele negócio: 'É, na hora de fazer não ficou chorando.' [...] Tipo a paciente pegava na mão dela: 'Não, você vai pegar no ferro. Vai fazer a força ali.' (Participante M21). *Infelizmente, a gente não é remunerada como Enfermeira Obstetra, né? Inclusive, nem na carteira não tem colocado. E, assim, já foi uma solicitação da gente para a diretoria da instituição, mas a gente não foi ouvida. Mas a gente é cobrada como Enfermeira Obstetra sim. Porém, eles falaram que não tem interesse NENHUM de colocar na nossa carteira que a gente é Enfermeira Obstetra [...] nos apresentam para a sociedade, tipo assim, o Ministério vem aqui, procura saber ou pergunta [...] E a gente recebe como todos. [...] Nós não estamos satisfeitas com isso, entendeu? [...] a gente não tem esse reconhecimento."* (Participante M13).

Por outro lado, duas participantes citaram também a **classe profissional** como a única forma de opressão identificada na situação de desigualdade, mas trazendo a diferença com que as pacientes tratam o profissional médico e a Enfermeira Obstétrica:

Eu vejo diferença assim no tratamento: 'Ele é médico, vou tratar ele melhor do que o Enfermeiro'. No pensamento da pessoa, talvez ele seja mais do que a gente, entendeu? ((Sinto-me)) Diminuída, porque aqui a gente trabalha em equipe e cada um tem sua [...] importância na equipe. [...] Então, não precisa diminuir ninguém. (Participante M25).

[...] tem mulheres que elas têm ainda [...] na verdade, é uma questão cultural mesmo de achar que o médico tem mais conhecimento, que ele tem mais habilidade e preferir, às vezes, o médico. (Participante M22).

Vale pensar nestes exemplos: o fato de serem Enfermeiras Obstétricas as coloca em um lugar social em que são atingidas pelas desigualdades relacionadas à classe profissional. Além disso, propõe-se a reflexão sobre alguns pontos que não foram citados pelas participantes, mas necessitam ser pensados para uma análise interseccional e de combate às desigualdades: ***Elas são mulheres! Qual a raça dessas mulheres? Por que elas são ignoradas pelos colegas de trabalho, em especial os médicos? Por que elas não são reconhecidas como Enfermeiras Obstétricas pela instituição em que trabalham, apesar de atuarem como tal? As pacientes lhes tratam diferente por serem mulheres ou por serem Enfermeiras Obstétricas ou por serem negras ou por serem mulheres negras e Enfermeiras Obstétricas?***

Algumas participantes relacionaram as situações de desigualdades apenas à **raça**, não citando o gênero e nem outra forma de opressão. Elas falaram sobre vivências próprias, em que se sentiram discriminadas por serem negras. Algumas relatam que, muitas vezes, as pessoas fazem esse tipo de abordagem em forma de brincadeiras ou justificando não ser sua intenção magoá-la:

[...] As pessoas, às vezes assim, querem falar com o Enfermeiro e quando chegam, olham assim, como se diz: 'É ela?', 'É você que é a Enfermeira?' Então assim, às vezes, talvez esperavam um Enfermeiro assim branco, dos olhos azuis, alguma coisa assim. [...] uma vez eu senti isso bem de perto, no centro cirúrgico, quando uma equipe de outro hospital chegou [...] era pra uma doação de órgãos. E a equipe que vinha fazer essa captação de órgãos, eles chegaram na porta e pediram para serem direcionados até o Enfermeiro. [...] quando chegaram na porta, aí a anestesista, que estava toda de verde, né, ela foi chegando igual comigo. [...] aí se direcionaram A ELA, né, e não a mim. Aí quando terminaram de falar o que queriam, que ela disse: 'Não, mas a Enfermeira é ela.' [...] senti uma grande discriminação. Tipo assim, porque ela era branca, né e tal ((risos)). ELA poderia ser Enfermeira. E eu não. E já vi muito disso também na equipe mesmo, de outros profissionais, que sempre [...] tem um olhar diferenciado pra gente. (Participante M6).

Outro detalhe é porque as pessoas podem nos ver e, às vezes, não procuram saber do nosso nome. E nos chamam de nega. [...] Isso daí não é só no ambiente de trabalho, mas eu vejo isso aí que o povo/ infelizmente/ não sei se são eles ou se somos nós ((risos)) que são cheios de preconceito. Às vezes, até as próprias colegas de trabalho. Como já uma vez eu fui e falei pra uma: Boa tarde! e ela: 'Boa tarde, neguinha!' Eu digo a ela: 'Olha, meu nome é tal [...] e meu sobrenome não é neguinha também.'. 'Não, mulher, é carinhoso!'. Eu disse: 'e se eu lhe chamar: Boa tarde, amarelinha! você vai querer? Você vai achar que [...] que eu estou sendo carinhosa com você? Então, me chame pelo meu nome. (Participante M6).

Ah, tem as brincadeiras, que, no fundo, nem são brincadeiras. Uma que eu ouvi muito foi quando a minha filha nasceu, porque ela nasceu clarinha, e aí, a brincadeira maravilhosa ((risos)) era: 'Ah, mas filho de urubu nasce branco mesmo' ((fala sorrindo)). E ela CUSTOU tomar cor e tanto eu quanto o pai dela somos negros. Então, assim, a minha expectativa ((fala sorrindo)) era de pegar minha filha BEM negra, né? E aí veio ela um... LEITE. [...] Ficavam assim: 'Gente, cadê a cor dessa menina?', rindo. Até que ficaram assim: 'Ah, mas filho de urubu nasce assim mesmo'. E aí, você olha pra pessoa, de onde que a brincadeira vem? De gente branca, loiro, claro, cabelo liso. Ninguém da MINHA família mesmo ((risos)), do cabelo crespo, negro, faz uma brincadeira dessa.(Participante M10).

Além disso, algumas participantes citaram também a **raça** como a única forma de opressão identificada na situação de desigualdade, mas trazendo a diferença com que as pacientes são tratadas pelos colegas de trabalho:

[...] chegou uma paciente... negra mesmo, bem negra e a médica e a pediatra: 'Você já viu?'. Eu disse: 'O que?'. 'A piriquita da paciente é MUITO preta. Ela é MUITO preta! Vai lá olhar.' Eu disse: 'Eu NÃO! Vocês nunca viram não, foi? Ela é preta, vai ser preta. Mas vai olhar. É azul. E ficou um comentário bem horrível. (Participante M7).

Tem uma colega minha de trabalho que uma vez foi chamar a chefe, numa madrugada, porque eles dormem e a Enfermagem fica chamando para ela prestar assistência. E a médica chegou no setor e reclamou. Sendo que a gente faz revezamento na madrugada e a colega já tinha ido para o repouso. [...] a médica disse: 'Cadê aquela negra que foi me acordar?'. Não que não fosse negra, mas [...] ela falou para diminuir mesmo. 'Aquela negra abusada foi me chamar', sendo que várias pessoas vão chamá-los. E ninguém fica alisando pra chamar. Chama na porta mesmo. Mas incomodou bastante ela, ela chegou no setor com esse termo. (Participante M7).

Numa cesariana, na degermação, você percebe que se esfrega mais, até que um vira e fala assim: 'Não adianta esfregar não, que não sai'. Mas é bem pontual. Essa situação da cesariana foi com uma paciente. (Participante M10).

Vale pensar nestes exemplos: a pessoa é negra e isso a coloca em um lugar social em que é atingida pelas desigualdades relacionadas à raça. Além disso, propõe-se a reflexão sobre alguns pontos que não foram citados pelas participantes, mas necessitam ser pensados para uma análise interseccional e de combate às desigualdades: ***Elas são mulheres! Qual sua classe socioeconômica? Qual seu nível de escolaridade? Qual sua profissão? Por que elas têm seus nomes esquecidos? Por que as pessoas fazem brincadeiras com elas sobre sua cor de pele? Por que sua cor de pele é motivo de piada?***

Algumas participantes relacionaram as situações de desigualdades apenas à **etnia**, não citando o gênero e nem outra forma de opressão. Elas falaram sobre o atendimento aos pacientes haitianos e venezuelanos pelos colegas de trabalho, identificando preconceito, chacota e/ou falta de atenção e de empatia com eles:

Uma situação que a gente vivenciou muito de preconceito também são os haitianos, sabe? Eu vejo muito relacionado assim à etnia deles. ‘Ah, esse povo...’. E chacota, sabe? [...] a paciente não entende o que você está falando... Mesmo não conseguindo falar, é... comunicar inteiramente com a paciente, mas eu consegui intervir em algumas situações. Paciente, por exemplo, não queria que tocasse... e eles insistindo: “Tem!”. Aí ela tirando a mão e eles colocando. (Participante M5).

[...] aqui temos venezuelanos, né? Então, eu já vi um atendimento muito desigual... Eu já vi uma paciente de ia de alta... E eu cheguei pra perguntar se a criança tinha feito todos os testes e ela disse que não. Testes de triagem neonatal. Que só o que faltava pra liberar a criança pra ir pra casa. [...] A verdade é que a pessoa ((a profissional)) [...] acho que abriu a porta, chamou pra ir para o setor onde tinha que fazer e fechou. Então, em momento algum, percebeu que ela não falava, não se comunicava, não entendia, né? [...] Dessa falta de percepção, de empatia. Haitianos, venezuelanos.../ assim, uma diferença de tratamento mesmo, sabe? Aumentou muito o número de imigrantes aqui. Então, começamos a receber bastante. (Participante M23).

Vale pensar nestes exemplos: A(o) paciente é haitiana(o) ou venezuelana(o) e isso a(o) coloca em um lugar social em que é atingida(o) pelas desigualdades relacionadas à etnia. Além disso, propõe-se a reflexão sobre alguns pontos que não foram citados pelas participantes, mas necessitam ser pensados para uma análise interseccional e de combate às desigualdades: **A paciente é mulher ou homem? Qual sua identidade de gênero? Qual sua raça? Qual sua classe socioeconômica? Qual seu nível de escolaridade? Teve o direito de entender o processo de cuidado a que estava exposta?**

Uma das participantes relacionou a situação de desigualdade apenas à **orientação sexual**, não citando o gênero e nem outra forma de opressão. Ela falou sobre como a equipe de trabalho tratou, de forma negativa, a paciente e sua companheira que eram lésbicas.

Eu já vi uma vez a forma pejorativa com que a equipe se destinava a uma mulher... uma mulher lésbica. Estava ela e a parceira e assim foi tratada com desdém a paciente. Geral. A equipe de Enfermagem, a equipe médica... Na realidade, eu não vivenciei DIRETAMENTE isso. Eu só percebi através de algumas falas. Eu me senti... como é que

eu posso dizer? ((fala sorrindo)). Não me gerou um incômodo, mas, como eu acabei ficando na minha... foi meio que indiferente assim. (Participante M12).

Vale pensar nestes exemplos: a pessoa é homossexual e isso a coloca em um lugar social em que é atingida pelas desigualdades relacionadas à orientação sexual. Além disso, propõe-se a reflexão sobre alguns pontos que não foram citados pelas participantes, mas necessitam ser pensados para uma análise interseccional e de combate às desigualdades: ***Ela é mulher! Qual sua identidade de gênero? Qual sua raça? Qual sua classe socioeconômica? Qual seu nível de escolaridade? Teve o direito de entender o processo de cuidado a que estava exposta? Por que é tratada com preconceito e desrespeito?***

Uma das participantes relacionou a situação de desigualdade apenas à ***competência profissional***, não citando o gênero e nem outra forma de opressão. Ela fala sobre a falta de padronização na atuação dos profissionais no que se refere à monitorização fetal durante o trabalho de parto, por meio da ausculta fetal:

[...] a gente não tem SEQUER horário pra ausculta, a gente não tem protocolo NENHUM pra ausculta. O médico ausculta quando ele vai avaliar a paciente e, de repente, se ele passar duas horas para avaliar, três horas para avaliar, nesse tempo fica nisso mesmo. Porque a Enfermagem Obstétrica meio que não leva essa responsabilidade pra ela [...] ela tem a mesma responsabilidade daquela mulher quanto o médico. Eu pelo menos tenho essa visão. E eu perdi... um bebê no plantão com a minha amiga, que me arrancou o coração assim ((fala chorando)). [...] estavam tendo muitas cesáreas e só estávamos nós duas na hora do repouso e [...] a gente sempre trabalhava de uma forma muito parecida, muito cuidadosa. [...] de 11 da noite e uma da manhã, a gente estava dentro do centro cirúrgico, dava uma olhadinha no pré-parto para ver se tinha alguém no expulsivo, mas a gente não auscultou. E tinha uma ausculta de um profissional nesse intervalo. Porém, quando a gente voltou pro centro mesmo, que a gente foi lá auscultar o bebê [...] estava... sem ausculta e aí ela teve uma cesárea de emergência e o bebê... nasceu morto. E minha amiga, né, ela estava no puerpério. Ela estava bem sensível. E a gente chorou assim [...] do lado do berço aquecido. E eu prometi que eu NUNCA-MAIS iria perder um bebê ou uma mulher por falta de meu cuidado, alguma coisa. Porque eu me senti responsável por aquela perda daquele bebê. (Participante M8).

Propõe-se a reflexão sobre alguns pontos que não foram citados pelas participantes, mas necessitam ser pensados para uma análise interseccional e de combate às desigualdades: ***por que não existe uma padronização para a monitorização fetal nesse serviço? Como os profissionais da equipe lidam***

com isso no seu cotidiano de trabalho? O que tem sido feito para mudar essa situação?

Uma das participantes relacionou a situação de desigualdade apenas a **caráter profissional**, não citando o gênero e nem outra forma de opressão. Ela relaciona o profissional ser desrespeitoso e ter pouco cuidado com os pacientes ao fato dele ser um profissional ruim como pessoa:

Já vi situações de desigualdade, mas assim, independente de gênero ou de raça ((fala sorrindo)). Profissional ruim é profissional ruim! [...] Eu penso muito, às vezes, do/ da falta de cuidado mesmo, de respeito, de privacidade. Essas coisas do dia a dia que a gente percebe assim. [...] muitas coisas me incomodam. Né? Na postura do atendimento... Mas, assim, nenhuma situação que eu, hoje, consiga lembrar...(Participante M23).

Propõe-se a reflexão sobre alguns pontos que não foram citados pelas participantes, mas necessitam ser pensados para uma análise interseccional e de combate às desigualdades: **o que leva o profissional a agir com falta de respeito e de cuidado com a(o) paciente? Esse profissional é assim com todas as pessoas ou não? A instituição onde ele trabalha está atenta a esses comportamentos? O que tem sido feito para combater esse tipo de situação?**

Uma das participantes relacionou a situação de desigualdade apenas ao fato da(o) paciente **ser usuária(o) de drogas**, não citando o gênero e nem outra forma de opressão. Ela fala do preconceito e no tratamento desrespeitoso de colegas de trabalho com pacientes que eram usuárias(os) de drogas:

[...] na maternidade ((onde ela trabalhava)), a gente tem, em frente, uma favela. [...] pacientes que [...] eram usuárias de... de drogas, sempre tinha aquele preconceito da equipe. [...] eu estava no pré-parto, tinha outra médica também que estava com a gente. Ela ((a paciente)) não deixava ninguém chegar perto. Até pra auscultar mesmo. E aí eu fui conquistando AOS POUÇOS a confiança dela. Mas tipo assim ela não me olhava nos olhos, ela ficava totalmente isolada assim. [...] E eu sei que, com muita insistência e estando sempre ali por perto, sem invadir o espaço dela, ela percebeu que eu estava ali pra ajudar ela. Então, ela deixava eu auscultar, eu chegar mais próximo, entendeu? Ela se acorava e se apoiava numa cadeira [...] quando a médica chegou, que ela percebeu a situação, tipo assim ela GRITOU mesmo com a paciente: 'EU NÃO VOU FAZER PARTO NO CHÃO!' Porque ela estava acorada no chão. 'Se você não vier pra cama, seu filho vai nascer sozinho! Eu não vou fazer seu parto.' (Participante M21).

Teve outra situação de uma paciente que chegou em período expulsivo, usuária também. Já era umas três e pouco da manhã. A médica não subiu pra fazer a assistência com muita boa vontade. E acabou que, quando a bolsa rompeu, molhou a médica todinha. E daí ela começou a gritar com a paciente... Enfim, coisas que você sabe que só acontecem por causa da vulnerabilidade da paciente. [...] ela não tem culpa da bolsa dela ter molhado a médica. A médica que tem culpa de estar com a cara onde não devia, sem proteção, né? E, se fosse uma pessoa orientada, com certeza, iria botar a médica no lugar dela, porque ela não está ali pra isso. Mas que, devido à vulnerabilidade da paciente, ela acabou com um discurso muito desrespeitoso. (Participante M21).

Vale pensar nestes exemplos: a pessoa é usuária de drogas e isso a coloca em um lugar social em que é atingida pelas desigualdades relacionadas ao uso de drogas. Além disso, propõe-se a reflexão sobre alguns pontos que não foram citados pelas participantes, mas necessitam ser pensados para uma análise interseccional e de combate às desigualdades: ***ela é mulher ou homem? Qual sua identidade de gênero? Qual sua raça? Qual sua classe socioeconômica? Qual seu nível de escolaridade? Por que são tratadas de forma desrespeitosa? Precisa da assistência de outros profissionais da equipe que possam compartilhar o cuidado, pensando na integralidade?***

Uma das participantes relacionou a situação de desigualdade apenas a ***ser portadora de visão monocular***, não citando o gênero e nem outra forma de opressão. Ela fala de comentários preconceituosos de colegas de trabalho sobre ela ter visão monocular:

Ultimamente, tem uns preconceitos que eu vivo/ é porque, assim, tem umas pessoas que fazem uns comentários, por exemplo, que me acham inteligente. [...] nem todo mundo sabe que eu sou portadora. Porque como eu me locomovo bem.../ enfim/ as pessoas só acham que é portador de alguma deficiência é só se a gente não tiver uma perna ou um braço ou alguma coisa/ se a pessoa não vê, então, as pessoas meio que não acreditam, né? E, às vezes, eu também fico muito sem óculos, por teimosia mesmo/ porque eu uso óculos. Então, as pessoas às vezes olham e falam: 'Tu tem o que? [...] NO TRABALHO, a minha visão nunca me atrapalhou. (Participante M8).

Vale pensar nestes exemplos: a pessoa é portadora de visão monocular e isso a coloca em um lugar social em que é atingida pelas desigualdades relacionadas a ser portadora de uma necessidade diferenciada. Além disso, propõe-se a reflexão sobre alguns pontos que não foram citados pelas participantes, mas necessitam ser pensados para uma análise interseccional e de combate às

desigualdades: ***Ela é mulher! Qual sua raça? Qual sua classe profissional? Ela não pode ser inteligente e ser portadora de visão monocular?***

Pensando em superinclusão, algumas participantes relacionaram as situações de desigualdades apenas ao **gênero**, não citando outras formas de opressão. Algumas participantes falaram sobre a forma violenta como a equipe de trabalho tratava as mulheres no contexto de parto e nascimento, citando como violência obstétrica:

Esses técnicos que se intitulavam de parteiros... [...] alguns já estão faltando dois, três anos pra se aposentar. Então você imagine qual era, assim, o modelo assistencial que esse pessoal replicava, né? Quando a gente chegou, a gente se deparou com vários absurdos assim... que a gente tira como se nem existisse mais. [...] O linguajar de não tratar bem a paciente, de falar coisas sobre a questão né 'Você está sentindo dor agora, mas antes você não sentia.', [...] 'Fique quieta!' [...] 'Você vai permanecer deitada aqui até a hora de realmente chegar a hora de seu bebê nascer.', de ter resistência para a entrada do acompanhante. (Participante M4).

[...] o Kristeller. É uma coisa que, quando eu cheguei, era uma coisa que eu fiquei HORRORIZADA. Faziam assim a três por quatro. 'Vem aqui dar uma ajudinha.' [...] Muitas vezes eles pedem, né: 'Se espreme, se espreme, faça força!' (Participante M4).

[...] quando eu comecei a trabalhar lá, eram poucas as pacientes que podiam ir tomar banho quando estavam na fase ativa, porque tinham que ficar só em cima da cama. [...] Desses sete plantões, eu acho que só em dois ou três as mulheres podiam levantar e tomar banho. Nos outros, elas tinham que ficam em cima da cama. Isso se fizesse coco, isso se fizesse xixi, isso se tivesse líquido amniótico, sangue. Elas tinham que ficar. (Participante M16).

Nesse contexto de desigualdade relacionada ao **gênero**, algumas participantes enfatizam a forma desrespeitosa com que as próprias mulheres, sejam pacientes ou profissionais de saúde, tratam outras mulheres:

[...] eu calcei as luvas, fui examiná-la, ela disse que não queria que eu a examinasse, porque [...] eu era mulher e tinha as unhas grandes. Eu fiquei irritada, foi uma única vez. [...] ela disse: 'Eu quero ser examinada pelo O MÉDICO'. Aqui no Ceará, a gente ainda tem pessoas assim, com essa visão... Visão da importância do gênero masculino na assistência. (Participante M1).

[...] já vi... muito parto violento [...] Geralmente, vindo de homens, né? Embora tenham algumas mulheres/ algumas médicas que tem uns partos BEM agressivos assim [...] tem bastante violência obstétrica que eu já presenciei sim. Que é uma relação de poder, né? Embora ela seja mulher também, eu vejo que [...] as mulheres assumem uma postura muito MASCULINA assim pra se impor, né? Elas não

conseguem se impor como mulheres. Elas são muito agressivas e exercem a autoridade a partir disso, né? (Participante M20).

[...] lá, a gente atende vítimas de violência sexual, né? [...] uma vez eu entrei na copa e as médicas estavam comentando/ fazendo comentário tipo: 'Mas o que que ela estava fazendo na rua a essa hora?'. Sabe? Tipo colocando a culpa na vítima, né?' [...] Infelizmente, ainda é muito comum. (Participante M20).

Vale pensar nestes exemplos: essa pessoa é mulher e isso a coloca em um lugar social em que ela é atingida pelas desigualdades relacionadas ao gênero. Além disso, propõe-se a reflexão sobre alguns pontos que não foram citados pelas participantes, mas necessitam ser pensados para uma análise interseccional e de combate às desigualdades: ***qual a raça dessas mulheres? Qual sua classe socioeconômica? Elas estavam com acompanhante? Elas foram orientadas sobre seus direitos? Por que mulheres estão na situação de opressoras de outras mulheres?***

Nesse contexto, a garantia de que todas as mulheres sejam beneficiadas pela ampliação da proteção dos direitos humanos baseados no gênero exige que se dê atenção às várias formas pelas quais ele se intersecta com uma gama de outras identidades e ao modo em que essas intersecções contribuem para a vulnerabilidade particular de diferentes grupos de mulheres (CRENSHAW, 2002).

A interseccionalidade sugere que, ao sobrepormos o grupo das mulheres com o das pessoas negras, o das pessoas pobres e também o das mulheres que sofrem discriminação pela idade – ou por serem portadoras de alguma necessidade diferenciada – vemos que as que estão no centro são as mulheres de pele mais escura e também as que tendem a ser as mais excluídas da garantia dos direitos civis e humanos (CRENSHAW, 2012).

Dessa forma, como a experiência interseccional é maior do que a soma do racismo e sexismo, qualquer análise que não leve a interseccionalidade em consideração não consegue abordar, suficientemente, a maneira particular em que as mulheres negras são subordinadas e como vivenciam suas experiências de vida. Assim, uma gama de violações de direitos humanos torna-se invisível quando não se consideram as vulnerabilidades interseccionais de mulheres marginalizadas (CRENSHAW, 2002).

4.1.3 Desigualdades Interseccionais

Neste subtema, encontram-se as situações de desigualdades nas quais as participantes reconhecem duas ou mais formas de opressão interligadas. Das Enfermeiras Obstétricas participantes desta investigação, menos da metade (11) falou sobre situações de desigualdades relacionadas a duas ou mais formas de opressão interseccionadas (Figura).

Pensando na analogia que Kimberlé Crenshaw (2012) fez para apresentar a interseccionalidade das desigualdades como o cruzamento de avenidas, decidiu-se por apresentar as formas de opressão citadas pelas participantes dessa forma. Portanto, cada avenida representa uma forma de opressão e a mulher localiza-se no cruzamento dessas opressões. Propõe-se imaginar da seguinte forma: carros que seguem pelas avenidas são as ações e políticas que perpetuam as desigualdades. Assim, a mulher vai ser atingida não apenas pela soma de uma opressão com a outra, mas pela forma particular como elas se interseccionam. Por exemplo, uma mulher que está no cruzamento das avenidas *gênero* e *raça* vivenciará experiências de opressões diferentes de uma mulher que está no encontro das avenidas “*moradora de rua*” e “*usuária de drogas*” ou das avenidas “*jovem*” e “*vítima de violência*”.

Pensando nas mulheres negras, às vezes elas experimentam discriminação de formas semelhantes às experiências das mulheres brancas; às vezes, elas compartilham experiências semelhantes com homens negros. Muitas vezes, experimentam os efeitos combinados da discriminação com base na raça e no sexo. E às vezes, elas experimentam discriminação como mulheres negras – não a soma da discriminação racial e sexual, mas como mulheres negras (CRENSHAW, 1989).

São todas mulheres, contudo, cada mulher vive nesse mesmo mundo de uma maneira diferente da outra. Dessa forma, a ideia não é comparar as experiências umas às outras ou agrupá-las, mas sim, iluminar as singularidades das diferentes formas de opressão, para questionar opressões já naturalizadas e a realidade dos apagamentos históricos e sociológicos (BATTISTELI et al, 2021).

Figura 32. Desigualdades Interseccionais: duas formas de opressão

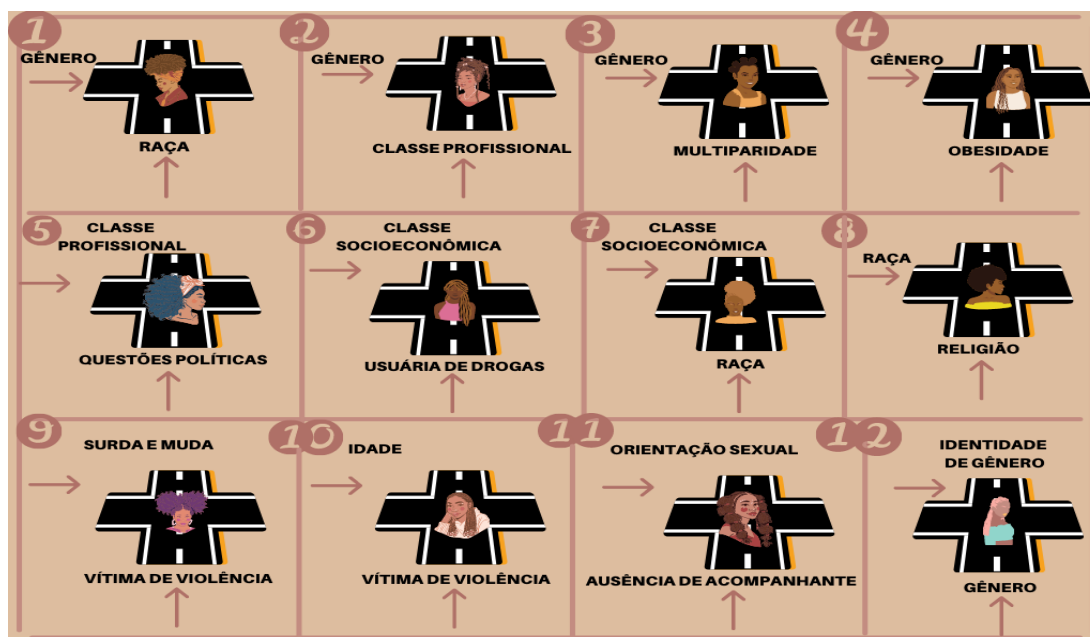


Figura 33. Desigualdades Interseccionais: três formas de opressão

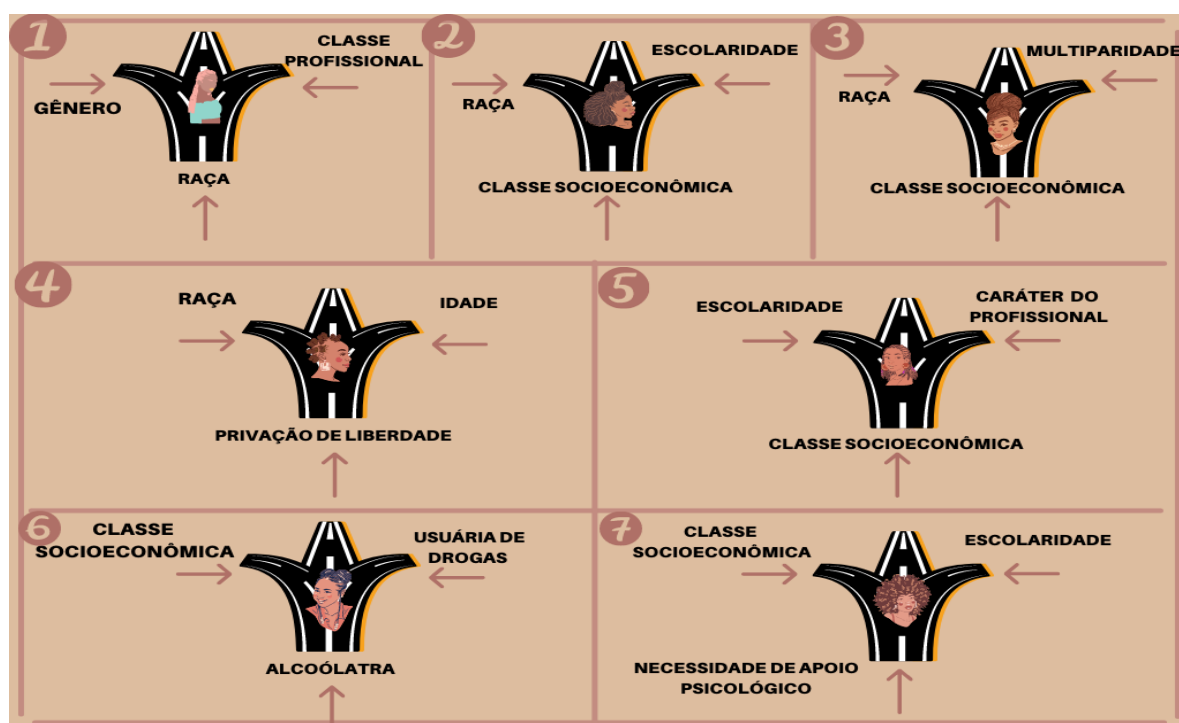
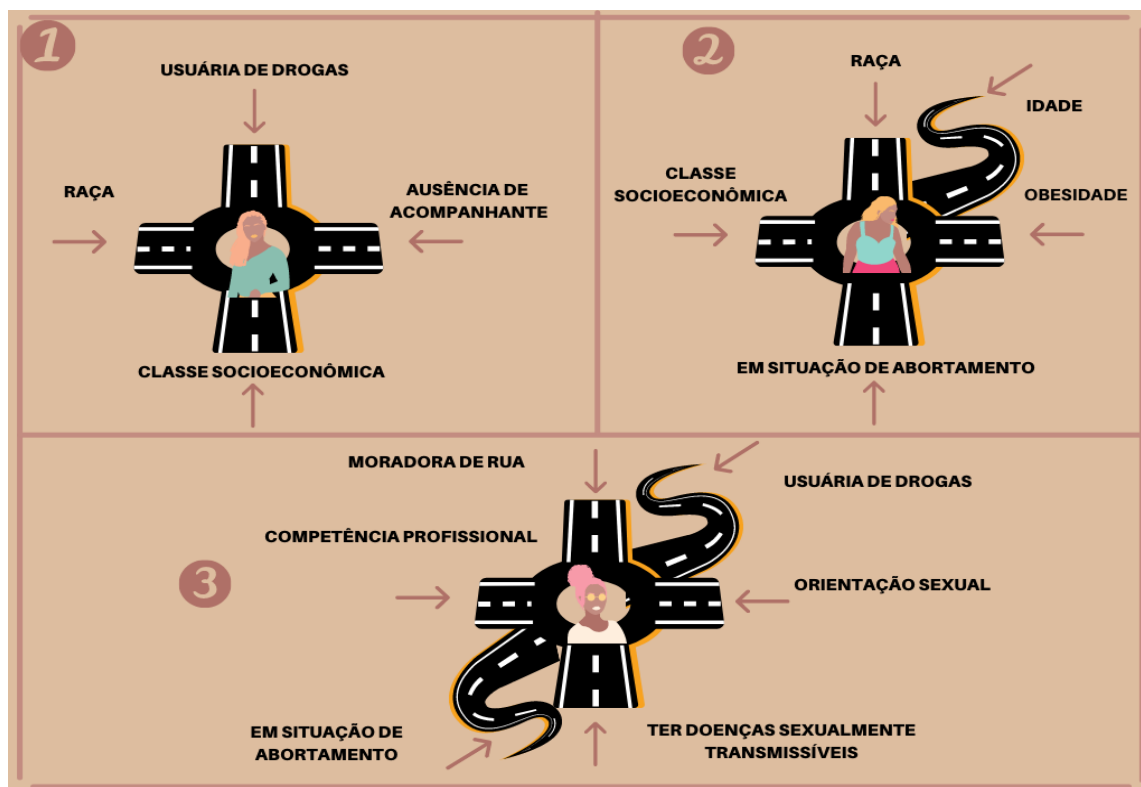


Figura 34. Desigualdades Interseccionais: quatro ou mais formas de opressão



Fonte: Figuras elaboradas pela pesquisadora, baseadas em Crenshaw (2012).

Pensando em gênero, raça e classe e a forma como se interseccionam entre si e com outras formas de opressão, serão apresentados trechos das narrativas das participantes desta pesquisa que ilustram diferentes situações de desigualdades e diferentes formas de opressão envolvidas. Propõe-se atentar para como as mulheres vivenciarão de maneiras distintas as diversas expressões das desigualdades que lhe atingem.

Uma das participantes (M4) citou uma situação de desigualdade em que associou **gênero, raça e classe profissional** como formas de opressão. Relatou que o médico, aproveitando o momento de maior vulnerabilidade feminina, impôs seu poder. Ele, como médico e homem, dizendo à parturiente que seu bebê estava entrando em sofrimento fetal e teria que fazer uma cesariana:

Infelizmente [...] o racismo estrutural, né, e principalmente essa questão do gênero mesmo assim, por ser mulher, né? Por ser mulher e estar ali numa situação de vulnerabilidade. Eu considero o maior momento de vulnerabilidade feminino, né, o momento do parto. Porque é imposição de tudo, né? De posição, de como vivenciar o momento de dor, de tudo. [...] por exemplo, uma paciente estar em trabalho de parto, estar evoluindo, num determinado momento [...] e ele queria terminar, resolver tudo pra, digamos assim, pra ter uma

noite mais sem estar o tempo todo sendo chamado e chegou pra ela e disse: 'Olha, eu não vou mais esperar. O seu bebê está começando a entrar em sofrimento fetal.' E não tinha sofrimento fetal nenhum. 'E vou indicar cesariana'. E ela ficou insistindo pra ter o parto normal. Aí ele disse: 'Olha, é o seguinte: [...] se você quiser assumir a responsabilidade, o que acontecer agora daqui pra frente, [...] vai ser responsabilidade sua'. Então, presenciei várias situações de... de violência mesmo, né, de impor a hegemonia mesmo. Acho que não só médica, mas masculina também, sabe? A gente não tem nenhuma obstetra feminina não, sabe? [...] ((Eu sinto)) indignação, né, impotência. (Participante M4).

Pensando nos profissionais da instituição onde atua, M15 apresentou uma situação de desigualdade em que relacionou **classe socioeconômica** e **caráter do profissional** como formas de opressão. Ela enfatizou que muitos profissionais não têm ética pessoal e não são sensíveis às necessidades do outro, tratando pacientes pobres com menos atenção e humanização do que pacientes com uma condição socioeconômica mais alta:

[...] a gente vê que é uma paciente que tem assim um perfil socioeconômico inferior; uma pessoa que, às vezes, é desprovida de uma certa escolaridade; às vezes, não é uma pessoa bem higienizada. E aí eu já vi, às vezes, o profissional não querer fazer exame de toque, entendeu? [...] 'Por que que você não vai fazer o exame agora pra avaliar a paciente?'. 'Não. Eu vou deixar pra depois, porque essa paciente aí nem limpa ela não está.' [...] às vezes, até [...] pela condição socioeconômica. E aí, quando chega aquela pessoa que a gente vê que tem o perfil econômico diferente, ele quer atender com muito... cuidado. [...] a gente vê que o padrão de assistência dos profissionais ele é diferenciado [...] acho que depende muito também da ética pessoal de cada um, né? Dos valores que estão dentro das pessoas. Porque, tecnicamente, a gente estuda pra ser um profissional especializado e qualificado. Mas, quando a gente vai para um parâmetro global, a humanização das pessoas ela é muito diferente. [...] Porque assim a pessoa pode ser um profissional ALTAMENTE qualificado, mas não é sensível ao outro/ à necessidade do outro. [...] Às vezes, pode até, Deus que me perdoe, [...] fazer um atendimento baseado em interesses particulares. (Participante M15).

Relacionando-se com a realidade da assistência obstétrica no Brasil, ainda predomina um modelo de assistência centrado no médico e na atenção hospitalar (BRASIL, 2017; LEAL et al, 2014; ANDRADE & LIMA, 2014). Tal assistência envolve diversas tecnologias, elevada incidência de cesáreas e intervenções desnecessárias, e considera a gestação, o parto e o nascimento como doenças e não expressões de saúde (BRASIL, 2017). Essas intervenções, quando usadas de

forma rotineira ou não baseadas na melhor evidência científica, estão associadas a resultados maternos e perinatais desfavoráveis (ESTEVEZ-PEREIRA, 2016; MILLER et al, 2016; LEAL et al., 2017).

A pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e nascimento”, de 2012, mostrou um panorama nacional sobre a situação de parto e nascimento no país, entrevistando 23.894 mulheres, que tiveram seus partos em maternidades públicas, privadas e mistas. Identificou-se uma maior frequência das intervenções em mulheres de risco habitual, como episiotomia (corte entre a vagina e o ânus), infusão de ocitocina (medicamento para acelerar as contrações), ruptura artificial de membranas, manobra de Kristeller (apertar a barriga da mulher para empurrar o bebê) e posição de litotomia como regra (deitada de costas). Isso demonstrou que, em grande parte, as intervenções foram desnecessárias, além do que pareceram não considerar a demanda clínica das pacientes e as evidências científicas relacionadas ao cuidado (LEAL et al., 2014). **Portanto, mulheres, na posição de pacientes, que recebem assistência obstétrica hospitalar pelo médico, em um modelo médico-centrado, experimentam vivências diferentes de outras mulheres!**

Corroborando com esses dados, a participante M4 apresentou o cenário de cesarianas desnecessárias realizadas pelos médicos em seu serviço, especialmente em mulheres com boa condição financeira. Ela relacionou a situação com **classe socioeconômica, raça e escolaridade** como formas de opressão:

[...] tem os dias que [...] determinados médicos que fazem um agendamento... em que aquelas pacientes chegam muitas de uma vez, aquelas do consultório. Então você percebe que, naquele dia, ele chega a fazer dez cesáreas. [...] aquela que não é do consultório é aquela paciente que muitas vezes vai ficar sendo partejada ou que, por exemplo, chega e vai ter uma conduta expectante. E que, às vezes, ele só faz a intervenção cirúrgica, quando ele quer aquela história de limpar o plantão. [...] se for fazer um perfil das mulheres que tem parto normal no hospital, talvez apareça [...] que a maioria delas é parda e negra, ou [...] tem baixo poder aquisitivo, é... escolaridade, né? Isso é um olhar meu diante do serviço, né? [...] não que eu esteja dizendo que o parto cesárea [...] é uma bonificação pra quem tem uma condição social, quem faz, digamos, o pré-natal com um ou outro obstetra. Mas, é que, infelizmente, acaba sendo. Quem tem condição acaba tendo acesso, digamos assim, pra elas, a um tipo de parto menos doloroso, um tipo de parto né, na cabeça delas, melhor. Aí eu não sei se a gente pode até pensar se é uma vantagem ou uma desvantagem ((fala sorrindo)). (Participante M4).

((O hospital)) é 100% SUS. [...] mas aqui a maioria dos obstetras, né, eles meio que fidelizam o pré-natal no consultório privado, ultrassonografias e agendam né, veem a data provável do parto e tentam alinhar ali com a data em que eles estão de plantão para: 'Ah, vamos lá que tal dia eu vou fazer a sua cesárea'. Como é ele quem está no plantão, ele vai indica, interna, indica a cesariana e faz. Já houve assim, né, já houve denúncia no Ministério Público. [...] E teve um momento em que eu fui chamada no Ministério Público para falar sobre isso. Porque era que num determinado plantão de A, B ou C tinha um número maior de cesarianas, né? Existe uma indústria, na verdade que eu digo assim, uma geração de dinheiro não só pra ele, para o médico. Porque o que ele ganha, não é que ele cobre por fazer a cesariana dela/ não cobre o valor pelo procedimento. Ele acaba ganhando, porque aquela paciente paga as consultas de pré-natal, paga as ultrassonografias, e ainda vai gerar uma AIH. Gera a AIH e ele ainda vai ganhar por produtividade. Então, o anestesista também é conivente, porque ganha a produtividade. [...] a produtividade dos médicos ela é paga em um valor bem acima da gente. Enquanto, por mês, você ganha de produtividade digamos entre 150, 160, [...] tem médico lá que chega a ganhar 10 mil reais só de produtividade. (Participante M4).

Outros exemplos são os das participantes M10 e M14. M10 associou as situações de desigualdades com **classe socioeconômica, raça e paridade** e M14 com **gênero e raça** como formas de opressão. Elas falaram da diferença de tratamento entre as mulheres negras e mulheres brancas pelos colegas de trabalho:

[...] Eu tenho uma experiência recente de uma múltipara negra, [...] gesta cinco, com quatro partos normais anteriores, que teve dois partos dela pelo convênio. Então ela teve analgesia nesses partos. E aí, não sei se o marido saiu da empresa... não sei o que aconteceu, ela retorna nessa quinta gestação SUS, e aí foi uma das primeiras solicitações dela a analgesia. Não em palavras, ela falava: 'Tem alguma coisa pra aliviar a minha dor?' [...] ela não era clara na fala de que eu quero analgesia, mas pra bom entendedor, [...] era claro o que ela estava pedindo. E aí, [...] enquanto Enfermeira Obstétrica, não tenho autorização de indicar analgesia como acontece em alguns outros serviços. A gente tem que solicitar que o profissional médico indique. [...] quando eu fui solicitar isso, é... eu ouvi que 'Ah, ela é múltipara. Vai nascer rapidinho. Não tem necessidade disso não'. E aí, eu falei: 'Não, mas ela está sentindo muita dor'. 'Não, não. Pode ficar tranquila que ela aguenta'. (Participante M10).

[...] tinham duas mulheres para parir: uma branca e uma negra. E eu sempre olhando as duas, não só eu como as meninas também. E a branca cansada e a negra cansada também do mesmo jeito. E eu já estava pensando: 'Meu Deus, essas meninas não tem condições não. Nem uma e nem outra'. Aí chegou o X médico, HOMEM, né, porque/ uma vez eu estava até conversando, né: 'Meu Deus do céu, não sei porque a Obstetrícia 90%, 80 é mulher e, às vezes, tem médica TÃO desumana. É mãe, engravidou, pariu, sentiu tudo e ainda consegue ser desumana com uma outra mulher.' É isso que

me choca dentro da Obstetrícia. E aí, veio um homem, né? Tem homem que é sensível, mas tem homem que não é. Tem médico que é, desculpa a expressão, cavalo batizado. Eu sei que ele chegou, avaliou a branca e avaliou a negra, e eu só observando. Aí ele chegou e foi lá pra gente e disse assim: 'Oh, essa aqui... ((mulher branca)) ela vai para a cesárea agora'. Aí eu: 'Tá e a outra?', 'Não, a outra ainda dá pra aguentar e parir normal'. E a menina já estava PAS-SA-DA. Eu digo: 'Meu Deus do céu!'. Ela IM-PLO-RA-VA para uma cesárea [...]. A menina branca foi para a cesárea. [...] ele achou que a negra tinha mais dor e ela poderia aguentar e parir normal, coisa que ela não tinha mais condições, porque não tinha condição orgânica. (Participante M14).

Em estudo realizado por Leal et al. (2017), com base na pesquisa “Nascer no Brasil”, teve-se como objetivo avaliar as iniquidades na atenção pré-natal e parto, comparando-se mulheres pretas, pardas e brancas. Foi mostrado que as pretas possuíam maior risco de um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante, peregrinação para o parto, menos anestesia local para realização de episiotomia e menos satisfação pelo atendimento recebido.

Tal estudo apresentou, também, uma menor chance para mulheres pretas de uma cesariana e de intervenções dolorosas no parto vaginal, como episiotomia e uso de ocitocina, em comparação às brancas. Leal et al. (2017) indicam que, a princípio, esses dados poderiam indicar um cuidado em acordo com as evidências científicas recomendadas pelo Ministério da Saúde. No entanto, considerando que o modelo de assistência obstétrica predominante no Brasil é intervencionista e que muitos profissionais de saúde considerem as práticas adotadas pelo modelo como adequadas, é plausível argumentar que tal padrão de cuidado diferenciado possa se relacionar à ocorrência de discriminação pelo recorte de raça/cor.

Além disso, segundo Hoffman et al. (2016), o uso diferencial de analgesia de acordo com os diferentes grupos raciais pode se associar às percepções sociais que se baseiam na existência de profundas diferenças biológicas supostamente intrínsecas. Ao entrevistarem estudantes e residentes de Medicina, esses autores identificaram que era comum, ao se comparar pretos e brancos, que os primeiros fossem tidos como mais resistentes à dor. Seguindo essa linha de ideia, para as mulheres negras em trabalho de parto, elas seriam mais resistentes à dor e poderiam suportar por mais tempo esse processo a mulheres não-negras.

Nesse contexto de assistência recebida, a participante M6 relatou como duas parturientes estavam agindo durante o trabalho de parto, orientadas pelas suas mães, para que não sofressem maus tratos da equipe de saúde. M6 apontou **classe socioeconômica e raça** como formas de opressão:

Já vi paciente [...] por, às vezes, se sentir pobre, se sentir [...] financeiramente inferior, né... pela cor... [...] a parturiente de 14 anos que eu atendi, que teve um parto aqui MARAVILHOSO. Eu realmente, graças a Deus/ eu consegui trabalhar com ela numa paz! [...] eu disse assim: ‘Ela é tão calma, né?’ [...] aí a mãe dela falou assim: ‘É, porque quando ela foi sair de casa, eu já disse assim que ela não gritasse. Porque, se ela gritasse, iam judiar com ela. [...] Ela ia ser maltratada.’ ((M6 disse que)) se ela quisesse gritar, ela podia gritar, que ela que estava sentindo a dor ((fala sorrindo)). Aí ela olhou para mim: ‘Eu posso gritar?’ ((conta sorrindo)). Eu: ‘Pode!’ ((risos)).” (Participante M6).

E outra assim com o pano na boca. Eu digo: ‘Por que você está com esse pano na boca? Você está com dor de dente?’ ((fala sorrindo)). Aí a gente vai sempre procurando alguma coisa pra ir brincando, né, pra falar. Aí ela disse: ‘Não, é porque minha mãe disse que eu colocasse o pano na boca pra eu não gritar. Que, se eu gritar, vão me maltratar.’ (Participante M6).

Estudo de coorte de base hospitalar, de d’Orsi et al. (2014), foi realizado com base na pesquisa “Nascer no Brasil”. Após entrevista com 15.688 puérperas, tal estudo mostrou que o fato de a mulher ter maior escolaridade, ter o acompanhante presente e o atendimento ser feito na Região Sudeste ou Sul foram fatores significativamente associados à percepção das puérperas de menor tempo de espera no atendimento hospitalar, tratamento com mais respeito pelos profissionais de saúde, mais privacidade na realização dos exames e no parto, maior clareza nas explicações e maior possibilidade de se fazer perguntas.

Além disso, no contexto de parto e nascimento, a cor de pele foi associada à pior avaliação do tempo de espera até ser atendida, menos privacidade nos exames, menores níveis de respeito e privacidade e maior relato de violência. Ao contrário, a fonte de pagamento privado foi associada ao menor relato de violência, mais respeito, mais privacidade, mais clareza nas explicações, mais possibilidade de fazer perguntas e maior participação nas decisões (D’ORSI et al, 2014).

No Brasil, ainda existe uma cultura discriminatória que considera que, no setor público, em que são atendidas as mulheres com baixa renda e escolaridade, elas não teriam capacidade de entendimento e autonomia para participar das

decisões envolvendo condutas no parto. Já as mulheres de maior renda e escolaridade atendidas no setor privado teriam melhores condições de exercer sua autonomia e participar dessas decisões (MARTINHO, 2011; DINIZ et al., 2012).

A participante M4 citou uma situação de desigualdades em que associou **gênero e raça** como formas de opressão e destacou a questão do racismo velado:

[...] a gente percebe que as pessoas tratam de forma diferente assim, por exemplo, o técnico de enfermagem, né? [...] linguajar assim, não na frente da paciente, mas de chamar, né, 'É preta', [...] até de dizer que não contribuiu, que não ajudou com o processo, né?

[...] Eu percebo que a questão é mais da questão feminina. A questão de raça tem, mas [...] É como se as pessoas tivessem, hoje em dia, mais receio de falar pra que a pessoa escute... é... que tem racismo. Fica muito nas entrelinhas ou fica muito na conversa entre os outros colegas de trabalho. Na opinião sobre aquela determinada paciente. Mas não [...] nitidamente, na frente delas [...]. Mas, eu falo que tem porque assim a gente tem lá tanto técnicas como médicos assim extremamente misóginos, sabe? Não só nessa questão de raça, de gênero, mas de orientação ((sexual)), de tudo... de modo geral. Então, tem pessoas que realmente são bem... é... bem difíceis assim nesse sentido. (Participante M4).

Hamilton & Kwane (1967) publicaram pela primeira vez o termo institucional para se referirem ao racismo. De acordo com eles, o racismo institucional é menos evidente, mais sutil e menos identificável em termos de indivíduos específicos que cometem os atos. Porém, isso não o torna menos destrutivo da vida humana. Tais autores afirmam que as instituições reproduzem as condições para o estabelecimento e a manutenção da ordem social. Desse modo, as instituições são racistas porque a sociedade é racista (ALMEIDA, 2019). As instituições que não tratem a desigualdade racial de maneira ativa, considerando-a como um problema, reproduzirão as práticas racistas já normalizadas na sociedade (ALMEIDA, 2019). Nesse sentido, as relações nas instituições vão reproduzir as práticas sociais corriqueiras na forma de violência explícita ou de microagressões como piadas, silenciamento e isolamento (ALMEIDA, 2019). **Portanto, mulheres, na posição de pacientes, negras, pobres, com baixo nível de escolaridade, sem acompanhante, experimentam vivências diferentes de outras mulheres!**

A participante M16 apresentou uma situação de desigualdade, em que associou **gênero, raça, classe socioeconômica, idade, situação de abortamento e características físicas** como formas de opressão. Disse que mulheres negras,

pobres, mais novas, em situação de abortamento e gordas são tratadas de forma diferente das outras, sendo vítimas de olhares diferenciados, caretas e comentários. Falou como ela própria era extremamente técnica na assistência às mulheres em situação de abortamento, não por mal, mas por não saber como agir nessa situação. Ao mesmo tempo em que sentia vergonha por fazer parte daquele cenário, sentia a necessidade de estar ali para fazer a diferença naquela assistência à mulher:

Que era a maternidade em que eu estava trabalhando na época que [...] eu fiz o CEEO II/ maternidade estadual. E... lá, a gente via MUITO isso. Sobretudo, porque o pré-parto de lá [...] era um pré-parto [...] conjunto. Era [...] ENORME, com 11 leitos. Então, a gente conseguia ver a assistência diferente para as mulheres que eram brancas, para as mulheres que tinham o nível social maior, para as mulheres que estavam com o bebê nascendo, para as mulheres que estavam com o bebê abortando. Os atendimentos eles assim... divagavam, eles mudavam muito, dependendo do que você está passando. {...} Então assim, eu, graças a Deus, consegui chegar na assistência obstétrica em uma fase onde as FALAS mais violentas elas já tinham sido extinguidas, né? Mas a gente tinha muito O OLHAR. [...] A gente tinha muito as caretas, né? [...] E o que eu percebia era assim: quanto mais nova a mulher, mais as pessoas em volta falavam. [...] As negras, as pessoas falavam. Se eram gordas, as pessoas falavam. [...] eu estou falando aqui contigo e eu estou me arrepiando toda. Porque [...] DENTRO dos relatos que a gente escuta as mulheres falando, era como se fosse algo discreto. Mas, pra gente que tem uma visão diferente do que tem que ser, aquilo era absurdo!” (Participante M16).

No Brasil, o cenário do aborto mostra que as mulheres jovens, negras e de classes populares são as mais atingidas pelo aborto clandestino (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; GOES, 2020). A criminalização do aborto nega às mulheres o direito de dispor dos seus próprios corpos, sendo um marcador das desigualdades sociais entre elas (LIMA & CORDEIRO, 2020). As mulheres acabam por buscar uma rede clandestina para realizá-lo, o que compromete sua saúde física e mental, e confere a ela a imagem de criminosas (LIMA & CORDEIRO, 2020). Nesse contexto, Angela Davis (2016) destaca que não se trata apenas de enfrentar o racismo quando se decide realizar o aborto, mas a decisão pelo aborto ocorre por uma vida precarizada pelo racismo.

Em estudo desenvolvido por Goes et al. (2020), analisou-se os fatores relacionados às barreiras individuais na busca do primeiro atendimento pós-aborto, segundo raça/cor. A pesquisa foi realizada em Salvador (Bahia), Recife

(Pernambuco) e São Luís (Maranhão), com 2.640 usuárias que estavam internadas em hospitais públicos. Foi revelado que a discriminação racial nos serviços de saúde e o estigma em relação ao aborto podem atuar simultaneamente, retardando a ida das mulheres ao serviço, o que pode levar a um agravamento do quadro pós-abortamento. A principal barreira citada pelas mulheres, especialmente pelas pretas, foi o medo de ser maltratada, o maior entre as que declararam o aborto como provocado.

A discriminação nos serviços de saúde tem sido registrada como recorrente para as mulheres em situação de abortamento, com tratamento não digno, julgamento moral e constrangimentos que são revertidos em práticas violentas no momento do seu atendimento nos serviços de saúde (CARNEIRO et al., 2013; BITTENCOURT et al., 2014; FARIA, 2013; ADESSE et al., 2016). Nos últimos anos, por exemplo, houve um aumento de denúncias dessas mulheres, feita por profissionais de saúde à polícia e noticiadas pela imprensa, desrespeitando o sigilo previsto nos Códigos de Ética das profissões de saúde (CARNEIRO et al., 2013; ADESSE et al., 2016). ***Portanto, mulheres negras, pobres, obesas e em situação de abortamento experimentam vivências diferentes de outras mulheres!***

Em outra situação de desigualdade, a participante M4 associou **gênero, identidade de gênero e raça** como formas de opressão. Relatou que presenciou a não aceitação de uma acompanhante, por uma técnica de Enfermagem, pois era uma mulher transexual. Por fim, a acompanhante conseguiu ficar, pois sabia do seu direito e buscou, por si só, que ele fosse cumprido:

Eu já cheguei a presenciar uma vez uma não aceitação de um acompanhante, porque era uma mulher trans. Não queria que ela permanecesse como acompanhante da paciente. E foi um movimento, porque aí essa pessoa foi atrás, foi acima e foi abaixo e impôs o direito e ficou. Eram as técnicas. AS não, uma delas. [...] eu posso elencar umas quatro, cinco técnicas e uns dois ou três médicos que são assim bem... O anestesiologista então, Jesus misericordioso! Um deles, né? ((risos)) É bem difícil. (Participante M4).

Na realidade brasileira, a maior parte da população transexual encontra-se na marginalidade cedo, não tem acesso aos direitos básicos e não consegue acesso à escolarização e ao mercado de trabalho devido ao preconceito e discriminação. São pessoas que enfrentam a rejeição precocemente e sofrem com a violência no decorrer de suas vidas (ANTRA, 2021).

A maioria das vítimas transexuais de mortes violentas intencionais no Brasil é negra, pobre e se reivindica ou expressa o gênero feminino – **mulheres transexuais** (ANTRA, 2021). Os casos criminais são afetados pelos estigmas e preconceitos negativos com relação às travestis e às mulheres transexuais (ANTRA, 2021). O processo de marginalização e discriminação que se concretiza no dia a dia, como o elevado número de assassinatos, tentativas de homicídio, suicídios e violação de direitos humanos, afirmam o sexismo, o classismo, a LGBTfobia e o racismo (ANTRA, 2021). **Portanto, mulheres transexuais negras experimentam vivências diferentes de outras mulheres!**

A participante M15 conseguiu perceber uma situação de desigualdade, em que associou o fato da paciente ser **jovem e vítima de violência** como formas de opressão. Fala de quando atendeu uma menina de 12 anos, que referia uma queixa neurológica. Porém, após conseguir identificar o comportamento retraído e de compulsão alimentar da menina, entendeu que as convulsões que ela tinha eram uma somatização, devido aos abusos que sofria do padrasto:

[...] É uma violência silenciosa. O profissional ele precisa estar atento a [...] situações que PODEM predispor a uma violência, mas que [...] às vezes, no primeiro olhar, a gente não identifica, né? E aí a gente vai ouvindo e vai colhendo uma informação aqui, outra acolá. Aí, depois, a gente começa a ver que a pessoa que deu entrada é vítima de violência. Então, isso aí foi uma coisa que me chocou muito! Foi uma menina que foi atendida no serviço, ela era abusada pelo padrasto. [...] era uma menina de 12 anos. Mas, ela chegou no serviço, referindo uma queixa, como se fosse uma queixa neurológica. E era uma somatização que ela tinha. Ela começava a tipo convulsionar, mas era uma defesa...” (Participante M15).

A participante M14 relacionou a ser **portadora de necessidades especiais e vítima de violência**.

Eu vejo também muita dificuldade no atendimento de [...] pessoas especiais. É uma coisa que eu sempre achei muito importante. [...] eu acho que é uma fragilidade [...] geral. Por exemplo, atender uma pessoa que é surda, muda. [...] a pessoa chegou, vítima de violência, né, trazida por terceiros. Ela não sabia verbalizar, porque ela tinha uma deficiência.(Participante M14).

Segundo o *Atlas da Violência 2020*, do IPEA, 4.519 mulheres foram assassinadas em 2018, representando uma mulher assassinada a cada duas horas no Brasil. Do total de mulheres, 68% eram negras. Além disso, entre 2008 e 2018,

os homicídios de mulheres negras aumentaram 12,4%, enquanto o de mulheres não-negras reduziram 11,7%.

Quando observadas as taxas de homicídios entre as mulheres jovens, tem-se: 16,2% entre as que tem de 15 a 19 anos; 14% entre 20 e 24 anos e 11,7% de 25 a 29 anos (IPEA, 2020). Apenas o fato de ser uma mulher negra conferiu o risco de 64,4% de ser vítima de homicídio (IPEA, 2020). No Brasil, a maior parte dos homicídios em residências é de autoria de pessoas conhecidas ou íntimas das vítimas (OPAS BRASIL, 2017).

Além disso, em 2017, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) recebeu 26.835 registros de estupros em todo o país, equivalendo a 73 estupros por dia. Em 89% desses casos, as vítimas foram mulheres. **Portanto, mulheres negras, jovens, vítimas de violência experimentam vivências diferentes de outras mulheres!**

Em outra situação relatada, a participante M15 conseguiu perceber uma situação de desigualdade, em que associou o fato da paciente ser **moradora de rua, usuária de drogas, ter DSTs, estar em situação de abortamento e devido à sua orientação sexual** como formas de opressão. Ela conversou com a mulher, criou um vínculo e conseguiu prestar-lhe assistência. Além disso, pediu ao serviço social e de segurança para não intervirem e que se colocassem no lugar da usuária.

[...] em outra maternidade que eu trabalhei [...] eu visualizava pessoas que eram atendidas, moradoras de rua, usuárias de drogas, né? E assim eu identificava dificuldades pra os profissionais, às vezes, terem aquela assistência adequada, né? [...] esse tipo de paciente, muitas vezes, são pacientes agressivos, que tem dificuldade de acolher às vezes as regras do hospital. [...] atendemos [...] a moradora de rua, às vezes, é usuária de drogas, lésbica e tinha muitas doenças sexualmente transmissíveis/ que quando a gente fez teste rápido, identificamos o problema. Não queria tomar banho e chegou com abortamento, entendeu? Então, assim, são situações que, às vezes, são difíceis. O profissional já vem de uma linha hierárquica e aí ele recebe [...] uma demanda excluída/ que, às vezes, tem uma dificuldade de se adequar ao serviço/ precisa desse profissional ter uma habilidade pra ele saber conduzir esse processo. (Participante M15).

Em outra situação, a participante M15 relacionou **classe socioeconômica e usuária de drogas** como formas de opressão.

E aí é assim, chega a usuária de drogas [...] que é comum chegar hoje no serviço, principalmente quando a gente atende um índice que tem uma carência econômica muito grande. [...] a pessoa chega em

trabalho de parto dizendo que fumou 20 pedras de crack, né? E aí a gente vai auscultar aquele BCF, a gente vê como é que está aquele monitoramento do batimento fetal já depois de TANTA droga.... E assim, não temos um trabalho diferenciado para essa mulher. Não tem! [...] É como se fosse tratada como qualquer pessoa. Eu acho que isso aí é uma discriminação, porque ela precisa ser cuidada diferente. (Participante M15).

Em outra situação, a participante M15 relacionou a **classe socioeconômica, ser usuária de drogas e ser alcoólatra** como formas de opressão.

[...] como é que a gente é preparada para trabalhar com uma puérpera que vive em situação de risco? Porque eu me vi numa situação em que eu fui fazer uma visita a uma mulher [...] com quatro dias de resguardo. Quando eu cheguei na casa dela, ela estava BÊ-BA-DA, o bebê estava jogado no chão, o marido estava drogado. Num bairro [...] ALTAMENTE violento e pobre que tem aqui na cidade. E aí tudo que eu aprendi de obstetrícia, naquela hora, NÃO FUNCIONA. A gente vai precisar lidar com que? ((voz chorosa)) Saúde mental. [...] Ela não queria o bebê, botou no chão. A primeira coisa que eu vi: o bebê jogado no chão ((voz chorosa)). Aquecer o bebê, porque o bebê ia morrer de hipotermia. [...] coloquei o bebê no colo da técnica. O bebê estava sem UM pano no chão. Foi um milagre eu ter chegado lá, né? O coto umbilical [...] estava no chão. E ela bêbada, numa rede, chorando; e o marido drogado. [...] Como é que eu vou falar de aleitamento materno pra uma pessoa que vive um desequilíbrio TOTAL? Que a gente aprende que tem que falar de aleitamento materno, [...] do sangramento, [...] do cuidado do bebê. (Participante M15).

A participante M5 relacionou **classe socioeconômica, raça, ser usuária de drogas e estar sem acompanhante** como formas de opressão.

Da paciente chegar, era usuária de drogas, né, não tinha acompanhante. E essa situação ficou bem marcada pra mim, porque ela não tinha acompanhante, chegou muito apreensiva, num trabalho de parto expulsivo e aí, ao invés dela ir encaminhada para o pré-parto e ter toda uma assistência, eles quiseram encaminhar a paciente para a sala, né, cirúrgica. 'Não, eu vou passar um F... pedagógico'. Eu falei: 'Mas por que?' ((fala sorrindo)). E aí, eu comprei uma briga com o chefe. A paciente estava no expulsivo, não tinha nenhuma evidência de que ela tivesse nenhuma cicatriz... Ela gritava assim muito, ela estava muito desesperada, mas eles usaram disso pra menosprezar, sabe, a paciente. Por ela ser negra, por ela ser de... de classe média baixa. E aí, eu me empoderei da situação de novo ((fala sorrindo)). Eu falei: 'Não. Eu estou acompanhando ela.' Aí as residentes olharam assim e eu comecei a acalmar ela, tudo. Aí ele falou: 'Não, nós vamos fazer o fórceps'. Eu falei no ouvido dela: 'Porque? Porque fórceps? Ela não está com taquicardia. Não está com risco para o bebê. O bebê está aparecendo já. Ela faz a força correta. E porque um fórceps?'. Aí o médico já ficou assim...

aí a residente: 'Uai...'. Eu falei: 'Não, não tem nada que justifica. Não tem evidência nenhuma que justifica.' E aí, já me posicionei, sabe?" (Participante M5).

Na realidade brasileira, o uso abusivo de substâncias psicoativas ainda é considerado um problema moral – e não de saúde – pelos usuários, sociedade e profissionais de saúde (SILVA & PERES, 2014; VARGAS et al, 2013), com agravantes para as mulheres (MARCOLINO et al, 2018). Embora existam menos mulheres usuárias e em situação de rua do que homens, elas carregam um histórico de violência, perdas precoces e a permanência na rua atravessada pela prática frequente de sexo desprotegido como meio para ter acesso à droga. Como consequência desse comportamento, há, por exemplo, a recorrência de gestações ao longo da vida dessas mulheres (FIOCRUZ, 2014; MARCOLINO et al., 2018).

Um estudo qualitativo de Almeida & Quadros (2016) descreveu, na perspectiva da mulher usuária de substância psicoativa, quais características do cuidado em saúde no pré-natal eram desejadas por elas. As participantes desejavam serem vistas como sujeitos de direitos e relataram que o cuidado em saúde foi centrado apenas na “barriga”. Também houve falta de envolvimento e de interesse do profissional em construir relações, de orientá-las e de apostar em ações para estimular sua autonomia. ***Portanto, mulheres moradoras de rua, que são usuárias de drogas, experimentam vivências diferentes de outras mulheres!***

A participante M20 conseguiu perceber uma situação de desigualdade, em que associou **raça e religião** como formas de opressão. M20 contou sobre o dia em que atendeu uma gestante negra, que supunha vir de um centro de umbanda, com vestes características, descalça e com os pés sujos; e que os profissionais da equipe de Enfermagem e médica fizeram comentários maldosos sobre ela:

Já vi [...] discriminação por cor/ já vi trato diferente. Já vi por religião também. Uma vez chegou [...] uma mulher parindo do terreiro. Ela estava [...] num centro de umbanda, eu acho... Grávida, entrou em trabalho de parto e chegou. E ela estava com a roupa, estava com o pé sujo, né, que ela estava descalça. E aí eu vi [...] muito comentário maldoso por conta disso, sabe? Então, tem isso tanto da Enfermagem quanto da equipe médica. [...] É sempre desagradável assim é... presenciar, né? (Participante M20).

Relacionando com a realidade brasileira, as religiões de matrizes africanas são as que mais sofrem com a intolerância. Conforme dados do Disque 100, canal para denúncias de violação dos direitos humanos, 59% dos casos registrados de

2011 a 2018 relacionavam-se a religiões de matrizes africanas (CAPETTI; CANÔNICO, 2019).

A intolerância religiosa tornou-se uma das principais causas de perseguição das minorias no mundo, sendo decorrente de componentes de etnocentrismo, racismo, questões econômicas e de manutenção do *status quo* (FERNANDES, 2017). Recentemente, tem-se um debate questionando o termo “intolerância religiosa” nos meios ativistas e os praticantes destacam as manifestações frequentes de racismo que tem sofrido, afirmando que o melhor termo para definir estas ações seria “racismo religioso”, já que outras religiões, diferentemente da cristã, não sofrem o mesmo tipo de preconceito (FERNANDES, 2017).

Nesse sentido, a intolerância religiosa é decorrente do preconceito com o negro, com a cultura do negro e com a religião do negro (VIEIRA, 2018). ***Portanto, mulheres negras, com religião de matriz africana, experimentam vivências diferentes de outras mulheres!***

Em outra situação, a participante M16 conseguiu perceber uma associação entre **idade, raça e privação de liberdade**. Falou de quando assistiu o parto de uma menina de 11 anos, negra e privada de liberdade. Nessa ocasião, além dos cuidados de rotina do monitoramento materno e fetal, ela precisou apenas segurar nas mãos da jovem, sem dizer nada; atitude que acabou servindo de exemplo para sua equipe de trabalho:

Teve [...] um parto de uma menina de 11 anos, o nome dela era Bia. Negra, mãe [...] estava detida, né? [...] eu lembro que o que eu precisei fazer com Bia foi segurar na mão dela ((voz chorosa)). E ela pariu sozinha assim. Sabe aquela frase bem clássica que a mulher sabe parir e o bebê sabe nascer? Ela sabia! Foi um parto incrível!
(Participante M16).

Dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), de 2017, mostraram que, considerando a população prisional feminina no Brasil: 63,55% é negra; 47,33% tem até 29 anos de idade; e 44,42% destas possuem o Ensino Fundamental Incompleto. Tráfico de drogas e roubo compuseram a maior parte dos atos infracionais dessas mulheres.

No que se refere à saúde, dentro do sistema prisional, a chance de contrair HIV/AIDS é maior e não há tratamento adequado para as mulheres. O direito ao pré-natal é violado e ainda existem relatos de partos com mulheres algemadas, apesar de que, em 2016, a Comissão de Constituição e Justiça aprovou, em caráter

terminativo, a proibição desse procedimento. ***Portanto, mulheres jovens, negras, privadas de liberdade experimentam vivências diferentes de outras mulheres!***

Nesse cenário apresentado, a Interseccionalidade permite atentar para as várias formas pelas quais o gênero se intersecta com uma gama de outras identidades e ao modo pelo qual essas intersecções contribuem para a vulnerabilidade particular de diferentes grupos de mulheres. Uma análise dessa forma busca a garantia de que todas as mulheres sejam beneficiadas pela ampliação da proteção dos direitos humanos (CRENSHAW, 2002).

4.1.4 Naturalização das desigualdades

Das Enfermeiras Obstétricas, 17 falaram que não vivenciaram, não souberam de situações de desigualdades ou disseram que não tinham certeza se a situação poderia estar relacionada a: *Gênero; Raça/cor; Classe socioeconômica; Classe profissional; Nível de escolaridade; Etnia; Orientação sexual; e/ou Religião.*

Algumas participantes falaram que não viveram ou não perceberam situações de desigualdades onde trabalhavam:

Pelo menos aqui no meu trabalho, eu não observei ainda não. Inclusive, tem um colega meu que ele é home/homossexual e, assim, ele é um dos mais respeitados entre nós. Porque, assim, ele é muito profissional, sabe? Tem bastante experiência. E os médicos mesmo respeitam. (Participante M2).

Não observo não. Até porque o médico que trabalhava comigo, ele até faleceu na semana passada em um acidente, ele era uma pessoa assim muito humana, sabe? Ele não tinha aquela questão de desigualdade. Tratava todos muito bem. Era uma pessoa maravilhosa. E então, eu não via muito nos meus plantões por conta disso. (Participante M2).

[...] hoje a gente não tem mais isso, GRAÇAS a Deus. Mudou profissional, mudou equipe. Então, hoje, a gente está com uma equipe MUITO legal no trabalho. É... GRAÇAS A DEUS, a gente tem uma equipe bem diversificada, e uma equipe que respeita. Cada um respeita o outro, né, se impõe no momento certo, né, aceita discutir casos sem desigualdade. Não tem aquele: 'Ah, você é enfermeira e eu sou o médico'. Graças a Deus, esse cenário modificou bastante na instituição. (Participante M9).

[...] isso eu nunca presenciei, porque.../ hospitais públicos, a população que a gente atende são pacientes em que boa parte realmente é de classe mais baixa, de renda mais baixa. Então, nunca vi com relação a isso não. (Paciente M12).

Até que isso, graças a Deus, [...] como nossa população é uma população muito humilde, sabe, Tá? [...] até no momento, nunca presenciei não, sabe? Nunca presenciei, [...] que tenha acontecido comigo/ que marcou mesmo... eu não lembro não. (Paciente M11).

Além disso, algumas participantes falaram que ficaram em dúvida se a situação que vivenciaram caracterizava-se como situação de desigualdade:

[...] os técnicos, ficam reclamando: 'Olha, Fulana é homossexual. Está acompanhando Fulana.' Coisas assim, entendeu? [...] eu não sei se tinha um tom de discriminação, se foi só um comentário, não sei. Porque isso foi no posto de enfermagem ((fala sorrindo)). [...] Não foi na frente da paciente, né? [...] Acho que é melhor desconsiderar. Não chega a ser um preconceito, né? Apenas um comentário. (Participante M18).

A gente, às vezes, vai pedir no plantão [...] a pizza de dez reais. E um dos médicos chegou e não queria comer. A gente ofereceu a nossa pizza e ele disse: 'Não, eu estou esperando a minha pizza'. [...] aí ele pegou e falou assim: 'Vocês pediram qual pizza?' Aí a gente disse: 'A pizza de dez reais'. Porque, né, pra gente é mais acessível pedir a pizza de dez reais. E aí ele disse: 'Não, de forma alguma eu vou comer essa pizza de vocês'. E a gente ficou só no ponto de interrogação, né? ((fez o sinal de interrogação no ar)). Será que a gente pode entender isso como um preconceito com relação à questão financeira? Ou não? [...] Ninguém discutiu isso. Mas ele também não comeu e disse: 'Eu não vou comer da pizza de vocês, porque essa pizza vai me dar dor de barriga'. (Participante M1).

Na maternidade [...] nós trabalhamos com mais mulheres, nós temos só dois homens, só dois obstetras mais antigos, entendeu? Em relação à essa questão assim, não. (Participante M11).

[...] eu não [...] consigo te falar discriminação assim/ que eu vivi diretamente em relação à cor. Eu tenho uma amiga lá que eu AMO ela de paixão, demais, e ela é negra. Você prefere que fale negra ou preta? Tá. Porque eu estou em construção desse... Eu acho que a gente tem que falar com respeito. Mas, às vezes, tem pessoas que se incomodam [...] em relação a isso, né? [...] Ela trabalha lá nessa maternidade faz MUITO tempo. [...] ela era técnica de enfermagem, depois ela fez Enfermagem e aí depois fez a pós em obstetrícia. E ela só trabalha lá. Ela dava MUITO plantão, porque ela assim precisava também e, quando precisavam dela também, ela estava disponível pra dar plantão na maternidade. [...] toda vez que a maternidade tinha cursos, aprimoramentos, todas as coisas assim que aconteciam [...] de capacitar o profissional, de dar uma oportunidade [...] ela desabafava pra mim que, assim, as pessoas nunca davam oportunidade a ela. E a gente escutava comentários que era... por ela ser negra. E ela falava assim: 'Pra mim, nunca tem! NUNCA! NUNCA!' [...] E eu vi muito essa [...] tristeza nela. [...] eu achava que não ia [...] por outros motivos, enfim... Mas, ela sempre falava assim que achava que ela não ia porque o pessoal não gostava talvez dela por ela ser negra." (Participante M8).

Graças a Deus, de gênero e de raça não. ((Com relação à classe socioeconômica)), na ((maternidade particular)), não tem como. [...] no interior, é uma cidade pequena, todo mundo conhece todo mundo. [...] não tinha tanto impacto. É claro que havia comentários [...] de algumas pacientes específicas, principalmente, quando eram usuárias, entendeu? (Participante M21).

Nunca aconteceu comigo e não presenciei com ninguém próximo meu assim. Que eu cheguei a ver, não. Na Moura, a gente não tem toda essa dificuldade em relação a isso, porque como todo mundo é da casa e é concursado... [...] então, quem é médico é médico e quem é Enfermeiro vai continuar tendo o seu salário normal. Então indiferente de ... [...] de produção/ de demanda isso não vai mudar. Então, a gente percebe que não tem tanta resistência em relação a isso. (Participante M21).

[...] com relação a essas questões de desigualdade, também me incomoda bastante isso! Mas, eu vejo que isso vai ter em todo lugar, né? Não sei se adianta eu mudar de setor/ não sei se isso vai deixar de acontecer, né? Eu acho que é uma coisa cultural, né, nossa, assim. Então, são coisas que a gente tem que ir se colocando, né? Uma postura e levar pra reflexão pra ver se isso vai diminuindo. Mas, não tenho muita esperança de ir para um lugar que isso não tenha, entendeu? Porque eu acho que a gente vai encontrar isso em maior ou menor grau. (Participante M20).

No Brasil, atualmente, ainda existe a ideia de que todos vivem em harmonia e desfrutando, na prática, dos mesmos direitos como cidadãos (DOMINGUES, 2005). Porém, é importante pensar na história do país e na estrutura de opressão que a acompanhou ao longo do tempo (DOMINGUES, 2005). Em 1888, a Lei Áurea aboliu a escravidão, o principal dispositivo institucional de opressão dos negros no Brasil (DOMINGUES, 2005). Em 1889, a Proclamação da República universalizou, em tese, o direito à cidadania. Entendia-se que os cidadãos negros passariam a desfrutar de uma igualdade de direitos e de oportunidades em relação aos brancos em todas as áreas da vida pública (DOMINGUES, 2005). Porém, a cor não deixou de ser um fator restritivo para o sucesso individual ou grupal e o mérito não poderia ser o único critério para o indivíduo vencer na vida em uma sociedade marcada pela desigualdade (DOMINGUES, 2005). Apesar dessa realidade, o discurso da elite associava o fracasso do negro às suas próprias deficiências – que, em geral, eram vistas como heranças da escravidão – já que o sistema oferecia oportunidades iguais para todos (DOMINGUES, 2005). Como os negros não aproveitavam tais oportunidades, eram vistos como incompetentes, incapazes e/ou inferiores (DOMINGUES, 2005). Para algumas pessoas, a presença de representantes de minorias em posições de poder e de decisão seria a comprovação da meritocracia e

de que o racismo pode ser combatido por esforço individual e pelo mérito (ALMEIDA, 2019).

Portanto, uma das dimensões psicológicas do mito da democracia racial foi reforçar a ideia de superioridade do branco e o de inferioridade do negro (DOMINGUES, 2005). A meritocracia confirma a desigualdade, a miséria e a violência, pois dificulta a tomada de posições políticas efetivas contra a discriminação racial (ALMEIDA, 2019). Nesse sentido, as relações sociais de dominação produzem as ideologias para ocultar os mecanismos de opressão. Em geral, o branco permaneceu indiferente ao drama alheio, tentou garantir o controle social sobre o negro ou acusou o movimento negro de tentar criar um problema que defendiam não existir no país: o racismo (DOMINGUES, 2005).

A participante M3, por exemplo, diz que acredita ser a única negra que não sofreu nenhum tipo de preconceito; nem seus colegas de trabalho nunca lhe contaram situações ocorridas com eles, relacionadas à raça e gênero. Reconhece que foi privilegiada, por vir de uma família negra, e ter tido a oportunidade de se dedicar aos estudos, sem precisar estudar e trabalhar ao mesmo tempo, assim como muitos de seus colegas. Era a única negra da sua classe de aula, do ensino médio à faculdade, mas nunca percebeu preconceito com relação a isso:

Acho que eu sou a única negra que não sofreu nenhum tipo de ((risos))... de preconceito. Pelo menos que eu tenha entendido na hora, sabe? ((fala sorrindo)). Mas, assim, eu graças a Deus sou rodeada de muitos negros e negras, sabe? Tanto que, é... no meu trabalho, tem duas morenas, assim, sabe? Da minha cor, tal. E eu nunca [...] vivi é... uma situação. Nem nunca meus colegas de trabalho comentaram pra mim uma situação de desigualdade de gênero, né? Preconceito racial, né?" (Participante M3).

M3 reconhece a existência de desigualdades no Brasil e diz que nossa cultura nos faz deixar de perceber que elas existem:

[...] eu não sei se vale a pena contar, mas eu observo muito com os técnicos de Enfermagem, né? Em grupinhos, sabe? [...] O grupo dos técnicos que já estão fazendo faculdade de enfermagem e os que ainda estão... só atuando na área do técnico. Tanto no meu ambiente de trabalho atual como no antigo. [...] Eu não sei se é uma forma de... de expressar assim... desigualdade, né, social. Mas... É, exclusão mesmo. Exclusão na hora de jantar, na hora de comer, fazer um lanche e tal. Aí tem só aquele grupo, entendeu? Eu não sei se é afinidade também, mas eu observo que são, geralmente, as pessoas que estão num patamar melhor do que as outras. Sabe como é? Ah, eu fico [...] muito triste, né? Porque [...] nossa cultura, às vezes, não faz perceber que essas coisas existem. Por exemplo, eu

vim de uma família negra, mas eu fui muito privilegiada. (Participante M3).

Silvio Almeida, em seu livro *Racismo Estrutural*, de 2019, propõe as seguintes reflexões: como as ideias são criadas e difundidas para justificar, minimizar ou denunciar a desigualdade racial? O que nos impede de perceber a realidade e nos leva a naturalizar a ausência de negros e negras em espaços de poder e de decisão? Por que se tem a impressão de que as coisas estão invertidas quando vemos um médico negro ou um morador de rua, branco, de olhos azuis? Mesmo como um homem negro, como ele foi se atentar para a desigualdade racial somente após iniciar a atividade política e os estudos?

Pensando nas narrativas de algumas participantes desta pesquisa, identificaram-se elementos desses questionamentos. A participante M14, por exemplo, relatou que acreditava não existirem situações de desigualdade de gênero em seu ambiente de trabalho até participar de um fórum perinatal, evento que trazia discussões sobre essa temática. A partir de então, ela tem ficado atenta com relação a isso e relata não aceitar que elas aconteçam em seu plantão:

Na realidade, eu nunca tinha prestado atenção. A verdade é essa. Sempre trabalho, uma coisa e outra. Aí eu fui para um Fórum Perinatal no Recife, né? E aí, foi justamente isso, as palestrantes lá e elas falando sobre isso. Que tinha a... a... a desigualdade de gênero e eu cá comigo pensando: 'Meu Deus, o que que essas mulheres estão falando? Na minha experiência não existe não.' Entendeste? Mas elas falando uma coisa e outra, aí a gente começa a relembrar. Eu presenciei esse fato. Agora de lá pra cá, eu venho muito observando e assim, eu não observo... eu não vejo/ pode ser que o médico ele tenha isso, mas assim, no meu plantão, eu não admito. Está entendendo? Se eu ver algo nesse sentido, eu não deixo. Nem por parte de médico, nem por parte de técnico. E a colega que trabalha comigo ela vai na mesma linha minha. (Participante M14).

Nesse sentido, destaca-se a importância de o ensino abordar a interseccionalidade em suas práticas para democratizar e descolonizar a construção do conhecimento (SOUSA & POSSAS, 2020). A escola, por exemplo, tem papel essencial no processo formativo dos sujeitos, já que produz e reproduz saberes escolares e também socioculturais (SOUSA & POSSAS, 2020). A eficácia na ausência de discussões sobre desigualdades étnico-raciais e de gênero no ambiente escolar leva ao convencimento de que tais desigualdades não se expressam na realidade ou são irrelevantes, produzindo a conformidade dos indivíduos diante de situações de discriminação (SOUSA & POSSAS, 2020). Assim, tais situações e

comportamentos se estendem para outras instituições sociais e se fortalecem estruturalmente, mantendo a hierarquização de determinados grupos sobre outros (SOUSA & POSSAS, 2020).

O pensamento hegemônico da formação cultural brasileira possui um caráter eurocêntrico e androcêntrico, ou seja, há uma concepção ideal filosófica do homem europeu como homem universal, e todos os povos e culturas não condizentes com os sistemas culturais europeus seriam variações menos evoluídas (LÉLIA GONZALEZ, 1988; ALMEIDA, 2019). O eurocentrismo tem relação direta com a colonialidade do poder, pois se torna a forma hegemônica de manutenção de controle da subjetividade/intersubjetividade, principalmente no modo de produzir conhecimento (BAMBIRRA, NOTHAFT e LISBOA, 2019, p. 149).

Observa-se, então, um apagamento de narrativas em consequência da eurocentração dos saberes, produzindo um distanciamento entre os indivíduos e a consciência crítica, o que os possibilitaria interpretar a relação entre suas vidas e o desdobramento da história (BAMBIRRA; NOTHAFT; LISBOA, 2019). Dessa forma, ao desqualificar qualquer outra epistemologia, considerando-a inferiorizada, a discriminação subsidia e mantém a ideia da invisibilização das minorias (BAMBIRRA; NOTHAFT; LISBOA, 2019).

Percebe-se que o racismo e outras formas de discriminação apenas conseguem se perpetuar caso sejam capazes de produzir explicações racionais para as desigualdades e caso os sentimentos das pessoas não sejam profundamente abalados diante da discriminação e da violência racial, considerando normal que no mundo haja “brancos” e “não brancos” (ALMEIDA, 2019). Além dessas explicações para justificativa das ações, há também as ofensas raciais, em forma de piadas e brincadeiras, que acontecem em todos os lugares, principalmente no ambiente de trabalho e, frequentemente, com a conivência ou a participação dos empregadores (MOREIRA, 2019).

Exemplos disso são trazidos por algumas das Enfermeiras Obstétricas entrevistadas. A participante M12 disse ter ficado sabendo que, em um plantão, tinha uma paciente da Angola e que as pessoas faziam comentários sobre ela:

Já aconteceu de nós termos uma paciente acho que da Angola. [...] não era em relação à cor. Como ela tinha também um nome bem complicado, eu via que algumas pessoas falavam assim: ‘Ah, aquela lá da Angola. Aquela africana.’ Eram coisas desse tipo assim. [...]

essa eu não presenciei. [...] No momento ((em que ficou sabendo)), eu não senti nada não. (Participante M12).

Já a participante M19 relatou que as técnicas de Enfermagem costumam fazer comentários sobre casais de mulheres lésbicas que chegam para receber assistência:

Eu acho que melhorou muito assim com relação... a respeito mesmo pelo próximo assim. É uma equipe muito boa. Vou te falar assim da equipe técnica ((fala sorrindo)) que a gente trabalha: eu tenho elogios só pra fazer realmente. [...] A tentar não [...] discriminar mesmo. Às vezes, acontece casal, né, de... de... de duas mulheres. E aí por algum motivo desejaram o parto/ é... ter filho e estão lá as duas. Então, assim, é claro que comentários acontecem. Acabam realmente comentando, mas eu acho que melhorou/ eu acho que a gente tem que crescer muito, melhorar muito mais com certeza, mas, eu acho que não tem uma discriminação não. Não sinto uma discriminação. Sinto mais uma curiosidade do que uma discriminação. (Participante M19).

Outro ponto importante de ser destacado é o de que visibilidade negra não é o mesmo que poder negro (ALMEIDA, 2019). Assim, o racismo não se resume a um problema de representatividade, mas é uma questão de poder real (ALMEIDA, 2019). O fato de uma pessoa negra estar na liderança, não significa que está no poder e muito menos que a população negra está no poder (ALMEIDA, 2019).

Exemplo disso é a situação trazida pela participante M5. No início da entrevista, M5 relatou que não vivenciou situações de desigualdade ligadas à raça. Porém, quase ao final da entrevista, ela disse ter ocorrido uma situação que não tinha certeza se estava relacionada à raça como forma de opressão. Situação essa que até fez com que ela pensasse em desistir de atuar como Enfermeira Obstétrica. M5 era coordenadora do setor de pronto-socorro e ginecologia do hospital e foi indicada pela equipe para assumir a coordenação de um projeto de violência sexual na maternidade. Porém, a diretoria não aprovou sua indicação e M5 sentiu-se desvalorizada. Além disso, ela comentou sobre outros momentos, em reuniões de chefia, em que sentia não ter voz e, quando falava, muitas vezes tinha que se fazer ouvir, pois era ignorada:

[...] eu não sei nem se é porque eu sou a única negra lá no setor, né? Que eu me considero parda, negra. [...] quando eu comecei o curso de Enfermagem Obstétrica, eu ainda atuava na chefia, né? Já era inserida nos projetos. Porém, eu não tinha muita voz. Por que eu não tinha muita voz? Porque eu não tinha tanto embasamento

científico necessário às discussões. [...] E aí, quando eu, na posição de chefe de setor, empoderada da informação que eu já estava tendo sobre a paciente, sobre o direito dela/ por exemplo, um dos indicadores que a gente teve uma mudança muito grande: episiotomia. Então, assim, esses assuntos sempre eram polêmicos nas discussões de chefia, na assistência ao trabalho de parto, então, eu sempre defendi muito a paciente. Quando eu comecei a fazer o curso, eu fiquei pior do que eu era, porque aí a minha defesa foi respaldada em conhecimentos científicos ((fala sorrindo)). Então eu briguei MAIS ainda. E eu vivi situações, assim, por ser negra, [...] de exclusão mesmo, de 'Não, a sua fala não é importante'. Ser ignorada é... em algumas situações e eu ter que me fazer ouvir. E, assim, isso porque eu estava na chefia, estava na direção. Aí eu fui indicada como coordenadora de um projeto de violência sexual, por estar à frente do serviço, pela equipe que toda ali achou que eu tinha capacidade de ser, né, essa coordenadora e eu ser retirada. Quando a proposta chegou na direção, 'Não, você... Quem é você? Pra ser coordenadora de um projeto tão importante no nosso hospital?' Então, eu senti: "Você é só a Enfermeira Obstétrica". [...] eu senti, assim, [...] um preconceito muito grande, sabe? É... Da direção, das chefias que estavam ao redor. Porque, assim, como eu era a única servidora FAEPU ((Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia)), então, assim, eu era... o meu contrato é CLT, então, assim, a situação ficou pior ainda. Porque aí a pessoa: 'Não, você é FAEPU'. Porque muitas vezes eles esqueciam. Como eu ficava muito mais na... como que eu posso te falar? Eu ficava mais quieta antes, né, nas discussões, eles se esqueciam que eu era FAEPU. [...] tanto é que mudaram uma normativa que chefe de setor só podia ser UFU ((Universidade Federal de Uberlândia)), por conta dessa situação que teve. Então, assim, eu senti nesse momento que teve um preconceito. É... Não ficou explícito, é... pela minha condição, entendeu? Mas, pra mim, ficou implícito. Então, quem sou eu? Entendeu? Uma negra, que se destaca na direção, que é conhecida em TODO o hospital, tem uma influência pela equipe de trabalho, mas que não pode sobrepor a algumas decisões importantes. [...] Então, eu me senti muito desvalorizada. Não sei necessariamente se foi a esse ponto, então assim, a conotação da cor... Mas, assim, eu sei que eu me senti, né, desvalorizada. Totalmente. (Participante M5).

Nesse contexto de naturalização das desigualdades, Sara Ahmed (2018) aponta que a consciência feminista pode ser emancipadora, pois é uma forma de reabilitar o passado. Quando se tem o contato com estudos que categorizam as opressões vivenciadas, consegue-se compreender as circunstâncias que, aparentemente, são de ordem pessoal. Na verdade, decorrem de uma estrutura social marcada pelas desigualdades. Esses conhecimentos possibilitam que as pessoas entendam as especificidades existentes e deem novos significados às suas existências e aos seus lugares sociais.

Necessita-se estabelecer novas perspectiva para a formação histórico-cultural do Brasil, desconstruindo noções colonizadas do conhecimento sobre as desigualdades. Isso contribuirá para a emancipação da sociedade em relação à colonialidade do ser e do saber e para uma proposta de educação humanizada. (BAMBIRRA; NOTHAFT; LISBOA, 2019).

Dessa forma, vislumbra-se demarcar a interseccionalidade pela sua “instrumentalidade teórico-metodológica” (AKOTIRENE, 2019) para além do contexto acadêmico, incluindo-a no contexto da Educação Básica, em busca da construção de um conhecimento emancipador diante da diversidade dos sujeitos que constituem a sociedade (SOUSA & POSSAS, 2020).

A produção dos saberes não se restringe apenas aos sujeitos negros, que, ao acessarem conhecimentos afrocentrados, ressignificam suas identidades étnico-raciais positivamente. Além disso, provoca e emancipa principalmente aqueles mais jovens. Por meio do Ensino da História e Cultura Africana e Afrobrasileira, eles têm condições de desnaturalizar preconceitos e estereótipos sobre a população negra, reconhecendo seu protagonismo no processo da construção sociocultural do país (SOUSA & POSSAS, 2020).

4.2 Sentindo e enfrentando as situações de desigualdades

As narrativas das Enfermeiras Obstétricas, associadas aos registros da pesquisadora sobre suas reações não verbais, como voz chorosa, sorriso e ênfase em alguma palavra ou frase – como aumento no volume da voz e mudanças no ritmo de fala – permitiram identificar o que essas mulheres sentiram diante de situações de desigualdades e como enfrentaram cada uma delas.

Grande parte dos sentimentos expressados pelas participantes estavam relacionados à forma com que elas sentiam as situações de desigualdade em si e ao verem as pessoas na situação de oprimidas. Foram eles: *triste* (M2, M3, M4, M8, M11, M16, M20, M21), *em dúvida* (M1, M2, M3, M5, M6, M8, M17), *incomodada* (M8, M11, M19, M20, M23), *indignada* (M4, M6, M20, M8, M9), *discriminada* (M6, M16, M10), *chocada* (M14, M15), *desesperançosa* (M11, M20), *desmotivada* (M5, M16), *despreparada* (M15, M19), *desvalorizada* (M5, M16), *diminuída* (M16, M25), *envergonhada* (M8, M16), *frustrada* (M10, M13), *horrorizada* (M4, M7), *ignorada* (M5, M16), *revoltada* (M5, M8), *sente-se mal* (M11, M14), *decepcionada* (M1), *irritada* (M1), *preocupada* (M1), *com raiva* (M1), *enrijecida* (M4), *impotente* (M4), *paralisada*

(M4), silenciada (M4), temerosa (M4), brava (M5), com vontade de desistir (M5), estar no chão (M5), frágil (M5, M15), inferiorizada (M5), mexeu muito com ela (M5), não ter voz (M5), sentia ter que pisar em ovos (M5), travada (M5), insatisfeita (M13), inconformada (M16), como uma facada (M6), fracassada (M6), ocupando um lugar que não é seu (M6), com repúdio (M7), sem entender (M7), cansada (M8), chateada (M8), doente (M8), esgotada (M8), com coração apertado (M9), machucada (M9), dolorida (M10), não sentiu graça (M10), sozinha (M10), constrangida (M11), desencorajada (M11), indiferente (M12), desacreditada (M13), , péssima (M17), angustiada (M20), desconfortável (M20), desgostosa (M21), receosa (M21) (Desenho 3).

*Uma negra, que se destaca na direção, que é conhecida em TODO o hospital, tem uma influência pela equipe de trabalho, mas que não pode sobrepor a algumas decisões importantes. [...] Então, eu me senti muito desvalorizada. Não sei necessariamente se foi a esse ponto, então assim, a conotação da cor... Mas, assim, eu sei que eu me senti, né, desvalorizada. Totalmente. (Participante M5) – **DESVALORIZADA.***

*Eu vejo diferença assim no tratamento: 'Ele é médico, vou tratar ele melhor do que o Enfermeiro'. No pensamento da pessoa, talvez ele seja mais do que a gente, entendeu? ((Sinto-me)) Diminuída, porque aqui a gente trabalha em equipe e cada um tem sua [...] importância na equipe. [...] Então, não precisa diminuir ninguém." (Participante M25). – **DIMINUÍDA.***

*[...] aí a mãe dela falou assim: 'É, porque quando ela foi sair de casa, eu já disse assim que ela não gritasse. Porque, se ela gritasse, iam judiar com ela. [...] Ela ia ser maltratada.' [...] Aí, menina, aquilo ali foi uma FACADA!" (Participante M6) – **COMO UMA FACADA.***

*E eu não queria mais viver aquilo. Eu CANSEI de viver aquilo. [...] Foi MUI-TO difícil pra mim! ((fala chorando)) Eu ainda choro/ porque quando você me chamou pra falar das experiências, eu tenho muitas experiências LINDAS. Eu [...] recebo fotos de parto de madrugada, de aniversário do bebê, de gratidão, sabe? Mas, o final não foi legal. Sabe? Então, eu precisei parar para me curar dessas coisas que eu vivi/ desses desamores com a obstetrícia/ dessa luta diária, sabe? Porque eu até falei que se eu continuar, eu vou sair na Globo ((risos)). [...] por brigar demais, sabe? (Participante M8) – **CANSADA, DOENTE.***

É uma frustração. A sensação... dói. Dói físico, dói, dói muito. [...] porque dói de profissional, porque eu queria poder fazer algo por ela/ e o pior que, assim, o não saber às vezes ajuda, porque eu sei que existe, eu sei que pode, eu sei que tem condições, eu sei que seria bom e não posso fazer por ela. E me dói, enquanto mulher. Por que ela precisa sentir tanto? Realmente, admiro demais as mulheres que passam pelo trabalho de parto sem analgesia. Eu pedi, eu tive. Então, porque que algumas conseguem, algumas não, e porque que

não pode ter quando ela quer? E me doeu, [...] enquanto pessoa, enquanto mulher negra, me doeu mais ainda de [...] porque que a nossa cor define a sua tolerância à dor? De onde que saiu que porque é mais de um filho, porque ela é negra, [...] ela tolera mais do que uma outra mulher toleraria? (Participante M10) – **FRUSTRADA, DOLORIDA.**

Infelizmente, a gente não é remunerada como Enfermeira Obstetra [...] Nós não estamos satisfeitas com isso, entendeu? Porque, se a gente não fosse cobrada, mas a gente é cobrada a todo momento. [...] a gente quebrou muitas vezes o galho em questão do plantão em si é... até mesmo pela sobrecarga de trabalho, mas a gente não tem esse reconhecimento. (Participante M13) – **INSATISFEITA.**

[...] com relação a essas questões de desigualdade, também me incomoda bastante isso! Mas, eu vejo que isso vai ter em todo lugar, né? Não sei se adianta eu mudar de setor/ não sei se isso vai deixar de acontecer, né? Eu acho que é uma coisa cultural, né, nossa, assim. Então, são coisas que a gente tem que ir se colocando, né? Uma postura e levar pra reflexão pra ver se isso vai diminuindo. Mas, não tenho muita esperança de ir para um lugar que isso não tenha, entendeu? Porque eu acho que a gente vai encontrar isso em maior ou menor grau. (Participante M20) – **INCOMODADA, DESESPERANÇOSA.**

Já aconteceu de nós termos uma paciente acho que da Angola. [...] não era em relação à cor. Como ela tinha também um nome bem complicado, eu via que algumas pessoas falavam assim: “Ah, aquela lá da Angola. Aquela africana.” Eram coisas desse tipo assim. [...] essa eu não presenciei. [...] No momento ((em que ficou sabendo)), eu não senti nada não. – (Participante M12) – **INDIFERENTE.**

[...] por um lado, eu sentia VERGONHA de fazer parte [...] daquilo/ de não ter força, sabe, pra mandar as pessoas calarem a boca, sabe, de não mostrar a elas. Por outra parte, eu percebia que eu tinha necessidade de estar ali. Que eu conseguia fazer a diferença estando ali. (Participante M16) – **VERGONHA.**

Alguns sentimentos expressados pelas participantes relacionavam-se à necessidade das participantes de enfrentar e combater determinada situação, principalmente quando auxiliavam a pessoa em situação de oprimida ou tornavam-se exemplo para as pessoas à sua volta sobre a importância dos enfrentamentos. Esses sentimentos foram menos citados do que os apresentados anteriormente. Foram eles:: *desejosa de mostrar suas competências (M4), determinada (M4), paciente (M4), empatia (M5, M7, M15, M22, M23), respeitosa (M5, M21), empoderada (M6), fortalecida (M6), agradecida (M8), mais atenta (M14), feliz (M16), orgulhosa (M16), reconhecida (M21), sensível (M23), acalentada (M16)*(Desenho 3).

*[...] a assistência ela não é no grito, nem na força que a gente vai se impor a entrar não, sabe? Mas eu acho que é nesse tipo de ir ganhando a confiança no sentido de mostrar a competência, de mostrar que você tem propriedade do que você está falando, que você tem embasamento, né? Ao ponto de começar a ter vergonha de praticar algumas coisas na sua frente, né? (Participante M4). – **DESEJOSA DE MOSTRAR SUAS COMPETÊNCIAS.***

*Mas QUE a gente consegue muito defender o nosso espaço com o nosso crescimento, com a nossa autonomia, com a nossa segurança, sabe? De você tipo, graças a Deus, ser reconhecida/ dizer: ‘Ah não, é a M21 que está hoje!’ ‘Hoje é o colega da M21 que está! Então, está super tranquilo!’ (Participante M21). – **RECONHECIDA.***

*E... junto com isso, [...] ser formada em Enfermeira Obstétrica e Apiceon, eu tive a experiência de parir. Então, assim, isso mexeu muito comigo também. Me deixou com a minha sensibilidade um pouco [...] aflorada. Porque eu comecei a desejar para o outro o que eu tive na verdade. Eu tive respeito, eu tive privacidade [...] eu fui para a Partolândia e voltei. Só que eu tive analgesia de parto, eu pari na posição em que eu me senti mais confortável. A minha obstetra ficou na minha frente ajoelhada e falou: ‘O que que você quer?’ A anestesista foi e me deu um copo d’água. E são lembranças que eu tenho. Então, assim, eu pari com respeito, eu pari com dignidade. Acho que foi uma das experiências mais fantásticas que eu tive na minha vida e é o que eu desejo para as minhas pacientes! [...] E é por isso que eu estou lutando! ((risos)) (Participante M23). – **SENSÍVEL, EMPATIA.***

Considerando o contexto de enfrentamento de situações estressoras – no caso desta pesquisa, as situações de desigualdades – destaca-se o Modelo de Estresse e *Coping* de Folkman e Lazarus (1984). Ele considera uma perspectiva cognitiva e comportamental, caracterizando *coping* como estratégias que as pessoas utilizam para se adaptar às circunstâncias adversas da vida. Tais estratégias possuem o potencial de impactar, de forma positiva ou negativa, a saúde física e mental das pessoas, podendo alterar a evolução do estresse, evitando a situação estressora ou confrontando-a (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O Modelo propõe duas categorias, apesar de não as considerar excludentes: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção. No *coping* focado no problema, a pessoa age no manejo ou na alteração do problema ou situação estressora para controlar ou lidar com a ameaça ou dano. A função dessa estratégia é alterar o problema que está causando a tensão na relação entre a pessoa e o ambiente, podendo ser direcionada interna ou externamente. Quando é dirigido para

uma fonte externa de estresse, inclui estratégias, tais como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. Quando dirigido internamente, costuma incluir reestruturação cognitiva, como a redefinição do elemento estressor (ANTONIAZZI et al., 1998).

No *coping* focado na emoção, têm-se como características o distanciamento, a fuga do problema e a busca por apoio emocional (FOLKMAN, 2010). Descreve-se a tentativa de regular o impacto emocional do estresse, resultado, principalmente, de processos de defesa que fazem a pessoa evitar a ameaça estressora (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Nesse sentido, considerando o *coping* focado no problema e na emoção, as participantes deste estudo utilizaram como formas de enfrentamento das situações de desigualdades o **diálogo/confronto** e o **silenciamento**.

Vinte e três participantes utilizaram a estratégia de **diálogo/confronto** em alguma situação de desigualdade que elas vivenciaram e/ou presenciaram. Dessas, 17 utilizaram-na **com a pessoa na situação de oprimida** (M1, M2, M5, M6, M7, M8, M11, M13, M14, M15, M16, M18, M19, M21, M22, M23, M25); 15 utilizaram-na diretamente **com a pessoa na situação de opressor** (M1, M4, M5, M6, M7, M8, M10, M13, M14, M15, M16, M19, M20, M21, M24); sete **com outras pessoas**, como coordenadores e diretoria (M1, M4, M8, M9, M14, M15, M16); e uma delas (M3) utilizou **com os envolvidos** em uma situação que ela não tinha certeza se poderia ser considerada de desigualdade.

Com relação às pessoas na situação de opressores, diante das situações de desigualdade, algumas participantes dialogaram/confrontaram, dizendo que não entenderam determinado comentário ou não rindo dele:

[...] eu tento fazer aquela de não rir da brincadeira, né? Ou de perguntar, de questionar: “Não entendi o que você quis dizer”. [...] eu entro muito por esse lado nas minhas questões, né, de enfrentamento assim com as pessoas que são é... muito diferentes [...] da minha opinião. Eu procuro não ter um embate ali franco. Mas, assim, eu tento muito por esse lado de questionar o porquê? E, quando a pessoa é questionada, eu noto que a pessoa refaz o discurso, tentando minimizar, tentando abafar, né, o que realmente estava querendo ser colocado ali. (Participante M4).

Eu, geralmente, chamo a pessoa. [...] essa da brincadeira [...] que foi comigo, todo mundo riu e eu fiquei com cara de nada, e depois eu falei assim: ‘Eu não entendi’. E aí, todo mundo fica sem graça ((fala sorrindo)), porque eu fiz cara de nada: ‘Não entendi’. E aí perdeu a graça. (Participante M10).

Sempre tento [...] questionar, né? Às vezes, faz uma piadinha, eu falo: 'Ah, não entendi. Por que que é engraçado isso?'. Já aconteceu algumas vezes, né? [...] Ou eu não rio. Alguma coisa que demonstre que não está legal aquilo, né? (Participante M20).

Algumas participantes falaram que, geralmente, dialogam com a pessoa e apontam que a situação não deve se repetir:

Quanto às situações com o paciente que eu presencio, eu chamo a pessoa e AVISO se a atitude foi racista. E digo que não deve se repetir. "Ah, mas não foi...", eu digo: "Olha, você pisa no pé de uma pessoa, você não explica porque que você pisou. Eu-es-tou-te-falando que o que você fez foi racista e que não se repita. Eu não estou te pedindo explicações. Eu estou te falando que foi e que não deve ocorrer novamente". E, assim, aí um olho torto ou outro, mimimi, que eu sou fresca, que eu sou chata, mas fazer o que? A gente sabe onde dói. (Participante M10).

((Ao ser chamada de 'nega')) 'Olha, meu nome é Irani [...] e meu sobrenome não é neguinha também'. (Participante M6).

E eu sempre procuro cortar isso: 'Faça isso não. Dá processo. Tá doido, é?' [...] eu tenho uma segunda formação, que eu sou advogada. Aí eu sempre fico orientando: 'Isso dá processo. Para de coisa feia. Se coloque no lugar da paciente. Mesma coisa ela vai falar contigo'. (Participante M7).

Mas, o meu exercício é de não/ não deixar isso passar batido, entendeu? De me colocar/ que eu não estou de acordo com aquilo, né? E de colocar a minha opinião sobre. Tento fazer isso sempre. Às vezes, não consigo. Às vezes, a situação mexe demais comigo e eu não consigo me colocar. Mas, o meu exercício tem sido esse, sabe, de me posicionar... pra ver se gera algum tipo de reflexão, de mudança. (Participante M20).

Algumas participantes citaram confrontos que ocorreram na presença da paciente e/ou outros colegas de trabalho e que as levaram a pensar em desistir de atuar como Enfermeira Obstétrica:

Senhor Fulano, [...] ela não quer ser tocada. O bebê já está aqui. Quando vier a próxima contração, você já vai ver que está aqui. [...] Ela acabou de ser avaliada por outro profissional." [...] Aí ele falou assim: 'Olha, eu sou o médico. Eu sou responsável por você e eu tenho domínio sobre você. Então, você sabia que as Enfermeiras Obstétricas daqui dessa maternidade botam as pacientes pra parir na banquetta, rasgam seus ânus e elas não sabem costurar?' [...] "Olha, Doutor Fulano, não precisa de você falar isso pra ela, porque o máximo que pode [...] acontecer uma laceração [...] que eu não tenha respaldo pra fazer, né? Mas, se caso acontecesse de primeiro ou segundo grau, eu iria fazer SIM. MAS, se fosse o caso, você faria,

porque realmente a competência desse grau aí é sua. (Participante M8).

[...] tem situações em que eu [...] precisei de solicitar é... uma discussão com o chefe e ele se recusou. [...] Então assim, coisas assim ridículas que desmotivam muito a nossa atuação, pelo menos assim, nesse momento, me deixou bem desmotivada, porque a paciente realmente estava com sinais de cansaço, exaustão, mas era aquela situação de que toda paciente apresenta. Com oito centímetros de dilatação, chegando perto do expulsivo. E eu respeitei esse momento dela de querer descansar, de querer ficar quietinha. (Participante M5).

[...] Outra vez, [...] essa mesma médica [...] fez um Kristeller e lacerou terceiro grau. Quando eu fui chamar ela pra suturar, ela fez: 'Só lacerou, porque você não fez episio'. Eu disse: 'Não. Lacerou porque a senhora fez a Kristeller/ a manobra'. Aí ela olhou assim pra mim e pronto. Foi a segunda [...] e última vez que eu tive embate com ela em relação ao parto e ela parou de entrar na minha sala pra dar pitaco nos partos que eu partejava. (Participante M16).

Com relação às pessoas na situação de oprimidas, as participantes utilizaram a estratégia de diálogo, a fim de melhor cuidá-las, orientá-las ou defendê-las.

[...] O profissional ele precisa estar atento a [...] situações que PODEM predispor a uma violência, mas que [...] às vezes, no primeiro olhar, a gente não identifica, né? E aí a gente vai ouvindo e vai colhendo uma informação aqui, outra acolá. Aí, depois, a gente começa a ver que a pessoa que deu entrada é vítima de violência. Então, isso aí foi uma coisa que me chocou muito! Foi uma menina que foi atendida no serviço, ela era abusada pelo padrasto. [...] era uma menina de 12 anos. Mas, ela chegou no serviço, referindo uma queixa, como se fosse uma queixa neurológica. E era uma somatização que ela tinha. Ela começava a tipo convulsionar, mas era uma defesa... (Participante M15).

Teve uma situação, acho que foi durante o estágio. [...] no estágio do pré-natal, tinha uma mulher que não queria se consultar, não queria entrar só. Aí eu entrei com ela e tive também que intervir, assim, né, pra que ele desse o andamento da consulta dele. [...] as pacientes tem muito preconceito. Acho que não é preconceito não, é mais vergonha, né, ((fala sorrindo)) de ser atendida. Não sabe diferenciar que... que ali é o profissional só, né?" (Participante M3).

[...] as pessoas eu acho que não fazem nem o próprio papel, quanto mais fazer além. Se eu puder fazer além, me colocar no lugar do outro pra fazer além, eu vou fazer. Sempre! [...] eu acho que o Enfermeiro Obstétrico ele tem o papel muito importante como líder da equipe. [...] eu acredito que [...] o bom Enfermeiro vai ter uma boa equipe, né? [...] O Enfermeiro Obstétrico mais ainda. Porque eu acho que ele tem o papel de reconduzir a situação de uma forma/ porque ele tem o conhecimento técnico e científico pra isso, né? E, às vezes,

a gente chegar próximo da mulher, dar uma orientação, [...] oferecer um copo de água/ MUDOU! PAROU! Entendeu? (Participante M23).

Com relação à utilização do diálogo/confronto com outras pessoas, como diretoria, coordenação ou outras instâncias, algumas pessoas foram solicitadas por eles para esclarecer alguma situação. M4, por exemplo, relatou que foi chamada pelo Ministério Público para depoimento sobre a situação de cesáreas excessivas que estavam ocorrendo no plantão:

É uma situação complicada, porque é... a gente fala, mas a gente se compromete muito naquilo que a gente está falando. E, infelizmente, [...] a gente teme pela vida da gente também. Porque não estou dizendo que tenha pistoleiros não, mas... é uma indústria. Então assim é uma fábrica, pra eles, de dinheiro ali. Então, é complicado ir de frente com algumas coisas, né? (Participante M4).

Outro exemplo é o de M8, que contou ter sido chamada pelo Comitê de Ética Médica e de Enfermagem do serviço para prestar esclarecimentos diante da acusação do médico de que ela tinha cometido violência obstétrica. Isso porque ela tinha dito a ele que a paciente não queria que fosse feito o toque vaginal naquele momento (período expulsivo):

Foi super esclarecido. [...] tinha sido um absurdo ele escrever que eu tinha cometido alguma violência obstétrica, porque se a paciente tivesse acesso àquele prontuário, ela ia entender que tinha sido totalmente o contrário. [...] todo mundo me pediu pra que eu ficasse. [...] Eu falei que eu não queria, falei da minha posição como Enfermeira Obstétrica, falei da minha formação que é em defesa da mulher, do direito dela, que eu sei exatamente até onde eu posso chegar. [...] muitas vezes eu sei que eu vou ser a boca dela, falando por ela, muitas vezes. E eu não queria mais viver aquilo.” (Participante M8).

Observa-se que o enfrentamento focado no problema tem sido benéfico às mulheres negras no ambiente de trabalho por se relacionar à uma forma ativa de lidar com a situação, deslocando-se do papel de vitimização e destacando-se como protagonistas no embate à situação estressora (Bento, 1995; Ribeiro, 2008; Hall, Everett & Hamilton-Mason, 2011; West, Donovan & Roemer, 2009).

Pensando na história do Brasil, tanto indígenas quanto africanos empreenderam uma luta contra a tirania. Porém, apenas no século XX, as histórias de resistências e de vitórias começaram a ser contadas oficialmente (AMMA, 2008). Desde a época da escravidão, as mulheres negras afirmavam sua igualdade de

modo combativo, desafiando a desumana instituição da escravidão: resistiam ao assédio sexual dos senhores, defendiam sua família, participavam de paralisações e rebeliões (DAVIS, 2016). Dos numerosos registros sobre repressões violentas dos senhores, aquela que aceitava sua sina de escrava passivamente era exceção, não a regra, ao contrário do que muitos pensam, pois as relacionam à passividade (DAVIS, 2016).

Quinze participantes utilizaram a estratégia de **silenciamento**, em alguma situação de desigualdade que elas vivenciaram e/ou presenciaram (M1, M3, M4, M5, M8, M10, M11, M12, M16, M15, M17, M19, M20, M21, M25).

Identificaram-se diferentes motivos para que essa estratégia fosse utilizada. M1, por exemplo, falou de uma situação em que ela não teve oportunidade de discutir com o médico, pois ele simplesmente saiu do local:

[...] uma paciente asmática, que eu cheguei e pedi o anestesista pra avaliar, porque ela não estava no O2 ((oxigênio)) e ela estava realmente muito cansada. [...] o anestesista estava do lado. E ele disse que eu era muito agoniada. Agoniada aqui é preocupada. Aí... ele não me deu nem oportunidade de falar e saiu. Mas depois eu soube que ele procurou a minha chefe pra perguntar porque que eu era tão agoniada ((fala sorrindo)). (Participante M1).

Em outra situação, M1 diz que sua colega de trabalho, que é técnica de Enfermagem, diante de situações de desrespeito que sofre, não costuma responder, por ser discreta e educada:

Ela é muito educada e discreta e, acho que ela se sai de uma forma educada. Mas, vira e mexe, a gente vê que ele ((o médico)) fica no meio pra ela passar... sabe? Ele é obeso também, entendeu? Então, não tem porque ele ficar questionando é... a estrutura física dela e dar a entender que ela está atrapalhando o plantão. Atrapalha? De forma alguma. Mas, ELA sabe que isso ainda acontece. Ela sabe! (Participante M1).

Em uma situação, M4 ficou em silêncio, pelo fato de que a própria pessoa resolveu sua situação:

Eu já cheguei a presenciar uma vez uma não aceitação de um acompanhante, porque era uma mulher trans. Não queria que ela permanecesse como acompanhante da paciente. E foi um movimento, porque aí essa pessoa foi atrás, foi acima e foi abaixo e impôs o direito e ficou. (Participante M4).

Além disso, M4 falou que, muitas vezes, diante de uma situação de desigualdade, a pessoa paralisa e não tem reação:

Infelizmente, eu acho que a coisa é tão forte que [...] quando a gente presencia situações desse tipo, quando a gente é pego aqui de surpresa, é... a gente meio que paralisa [...] É tão forte a imposição masculina em algumas coisas que é como se [...] fosse extensivo à gente a condição de mulher e de não ter voz atuante naquele momento, sabe? E é bem difícil, né? Esse médico, em especial, ele é bem difícil. Foi um dos que teve mais resistência assim, é... em querer aceitar, sabe? Não a presença da gente, mas de não... de não aceitar muito opinião, né? (Participante M4).

[...] lá, a gente atende vítimas de violência sexual, né? [...] uma vez eu entrei na copa e as médicas estavam comentando/ fazendo comentário tipo: "Mas o que que ela estava fazendo na rua a essa hora?" Sabe? Tipo colocando a culpa na vítima, né?" [...] Infelizmente, ainda é muito comum. (Participante M20).

Algumas participantes falam que costumam ter a posição de não dizer nada ao opressor, mas sair do lugar ou não dar atenção à pessoa, o que, para elas, demonstraria que elas não gostaram da situação:

[...] na situação em que a gente vive, numa cidade pequena, é respirar fundo e, às vezes, deixar passar. [...] E assim cada pessoa tem um tipo, né/ uma personalidade. E a minha personalidade é muito assim: respirar, saber fazer uma análise da situação, saber que você não está errada, mas não adianta nada o que você falar que vai mudar, porque a pessoa, às vezes, né, sempre foi daquela forma. [...] E, às vezes, no fundo, eu sei que a pessoa sabe que o que está fazendo é errado, mas não tem a humildade de chegar e falar: 'Oh, desculpa, eu errei.' Não tem. Então, é melhor [...] não absorver nada, sabe? E na minha posição, quando isso acontece[...] que eu acompanho a avaliação, eu simplesmente saio da sala. Sabe? Fecho a cara. [...] não tenho coragem de chegar e falar tipo: 'Não gostei!' [...] mas aí eu fecho minha cara e saio e peço outra pessoa pra... pra terminar junto a avaliação, entendeu? [...] pelo menos, dessa forma eu tento, às vezes [...] mostrar, tipo assim: 'Não gostei.' [...] Pelo jeito que eu conheço a pessoa que faz.../ que faz isso. [...] É uma pessoa [...] que tem influência, sabe? Uma decisão pode mudar tudo, pode me prejudicar. (Participante M11).

[...] são comentários que acontecem, mas [...] quando a gente não dá muito ouvido, eu acho que acabam morrendo as situações. Eu acho que a melhor forma de não ir pra frente é quando a gente não dá ouvido às coisas. (Participante M19).

Observa-se que a evitação pode ser benéfica no ambiente de trabalho de mulheres negras devido à necessidade de manter-se na ocupação e, muitas vezes, por ter que continuar a conviver com as pessoas ou situações que desencadeiam o problema. Porém, está relacionada a maiores índices de depressão e comprometimento do bem-estar psíquico de mulheres negras diante das situações

de desigualdades (BARNES; LIGHTSEY, 2005; WEST; DONOVAN; ROEMER, 2009).

Nesse sentido, é importante refletir que se silenciar diante do racismo ou outra forma de opressão não faz do indivíduo moral e/ou juridicamente culpado ou responsável; mas, certamente o silêncio o torna ética e politicamente responsável por manter o racismo ou outra forma de opressão (ALMEIDA, 2019). A mudança da sociedade não ocorre somente com denúncias ou repúdio moral, mas depende também de posturas e práticas antirracistas e contra outras formas de opressão (ALMEIDA, 2019).

Além disso, na atualidade, um terceiro tipo de estratégia de *coping* vem sendo mencionado na literatura. Trata-se do *coping* focado, que se baseia em valores e crenças mais profundas e permite a revisão dos objetivos existenciais e a reordenação de prioridades por meio da experiência de vida, com o propósito de motivar e sustentar o enfrentamento e o bem-estar durante o tempo de dificuldades (FOLKMAN, 2008, 2010). Este estilo de *coping* regula as emoções positivas que desempenham funções importantes no processo de recuperação dos recursos para o enfrentamento do estresse, o que ajuda a transformar as avaliações de ameaças em avaliações de desafio e levar a esforços de motivação e de sustentação de enfrentamento a longo prazo. Diferem qualitativamente das estratégias focadas na emoção, como o distanciamento, que regulam as emoções negativas. O *coping* focado se baseia em valores e crenças mais profundas na forma de estratégias como a revisão do objetivo, com ênfase nos pontos fortes ganhos com a experiência de vida e na reordenação de prioridades (Folkman, 2010).

Considerando o *coping* focado, as participantes deste estudo utilizaram como formas de enfrentamento das situações de desigualdades: **a auto-reflexão e a criação e fortalecimento de redes de apoio** (Desenho 3). Além disso, elas fizeram apontamentos para um enfrentamento coletivo das desigualdades, envolvendo os demais colegas de trabalho, a sociedade como um todo, os processos de formação e ensino, e o sistema de saúde de modo geral.

Com relação à estratégia de **autorreflexão**, cinco participantes citaram-na como forma de repensar suas próprias atitudes, da equipe como um todo e do sistema de saúde em geral, no que se refere à melhoria da qualidade do cuidado

prestado às mulheres e bebês, durante todo o processo de pré-natal, parto e pós-parto (M3, M6, M8, M19, M20).

M6 ficou pensando como seria caso ela já fosse Enfermeira Obstétrica na época em que atendeu uma gestante que não queria ir para a maternidade no momento do parto, devido às experiências anteriores negativas:

E eu fiquei assim pensativa muito tempo, perguntando sobre essa situação. E dali [...] chegou a oportunidade de eu sair dessa comunidade e ir para outra/ e terminou que eu vim fazer essa especialização em obstetrícia. Porque... eu vi a necessidade também. [...] Talvez, se fosse naquele tempo que eu tivesse feito a especialização, eu tivesse conseguido talvez convencer ela a ter um parto diferente. Né? Mesmo sabendo que [...] aquele hospital daquela comunidade era... TOTALMENTE fora do contexto do parto humanizado, né? [...] porque o risco que ela correu, né, de ter tido uma distócia, alguma coisa assim... [...] Eu consegui que ela viesse para o pré-natal, que ela tomasse as vacinas, né? Mas não consegui que ela realmente pedisse pra ir pra maternidade. [...] Mas o bebê está bem. Ele hoje está grandinho." (Participante M6).

M8 passou por uma situação de morte fetal durante seu plantão, que a fez rever sua atuação no cuidado às mulheres e bebês, levando-a a elaborar um projeto de intervenção relacionado à monitorização fetal para o serviço:

[...] a gente não tem SEQUER horário pra ausculta, a gente não tem protocolo NENHUM pra ausculta. O médico ausculta quando ele vai avaliar a paciente e, de repente, se ele passar duas horas para avaliar, três horas para avaliar, nesse tempo fica nisso mesmo. Porque a Enfermagem Obstétrica meio que não leva essa responsabilidade pra ela/ que ela também como EO dentro do serviço, ela tem a mesma responsabilidade daquela mulher quanto o médico. Eu pelo menos tenho essa visão. E eu perdi... um bebê no plantão com a minha amiga, que me arrancou o coração assim ((fala chorando)). [...] estavam tendo muitas cesáreas e só estávamos nós duas na hora do repouso e [...] a gente sempre trabalhava de uma forma muito parecida, muito cuidadosa. [...] de 11 da noite e uma da manhã, a gente estava dentro do centro cirúrgico, dava uma olhadinha no pré-parto para ver se tinha alguém no expulsivo, mas a gente não auscultou. E tinha uma ausculta de um profissional nesse intervalo. Porém, quando a gente voltou pro centro mesmo, que a gente foi lá auscultar o bebê [...] estava... sem ausculta e aí ela teve uma cesárea de emergência e o bebê... nasceu morto. E minha amiga, né, ela estava no puerpério. Ela estava bem sensível. E a gente chorou assim [...] do lado do berço aquecido. E eu prometi que eu NUNCA-MAIS iria perder um bebê ou uma mulher por falta de meu cuidado, alguma coisa. Porque eu me senti responsável por aquela perda daquele bebê. (Participante M8).

E por isso que eu coloquei ausculta intermitente ((no projeto)). Parece simples, mas... a ausculta intermitente representa o meu cuidado, né,

com a vitalidade fetal, o cuidado com a mulher também. [...] E aí meu projeto demorou muito a ser implementado no serviço. [...] eu criei [...] um desenho de uma barriga pra colocar no prontuário físico da maternidade, porque a gente já também tem uma grande dificuldade de não preencher partograma. [...] Eu vi que seria legal colocar uma folhinha anexa no prontuário [...] e quando você ausculta, você puxa uma setinha/ você coloca a altura da ausculta. (Participante M8).

M6 falou da dificuldade que tinha em atender mulheres em situação de abortamento, mas que ainda assim ela fazia a diferença:

[...] eu participei de um [...] TCC de umas acadêmicas de Enfermagem aqui e elas falaram sobre abortamento. [...] eu disse pra elas que, no início, [...] eu não fazia por mal, eu só não sabia o que fazer com a paciente/ não sabia o que dizer para a paciente que chegou e perdeu o seu bebê independente do tempo de gestação. Então, eu era extremamente [...] técnica com a mulher, sabe? “Vou colocar um comprimido aqui em você. Esse comprimido vai te dar cólica. Licença.” Colocava o comprimido, saía e deixava ela lá o resto do tempo, porque eu não sabia o que dizer, como falar, como lidar. [...] o que me acalentou o coração assim, apesar de me entristecer quase sempre/ quase sempre sair chorando dos plantões por conta desse tipo de tratamento, eu também saía com a sensação de que eu fiz a diferença para aquelas mulheres que eu atendi. Sabe? (Participante M16).

M19 disse que as perguntas que foram feitas durante a entrevista desta pesquisa instigaram-na a pensar sobre como tem agido diante das situações de desigualdade:

E foi ótimo, porque, pra mim, eu acho que serve como uma crítica/ a gente se autocriticar. Então, você faz algumas perguntinhas pra gente que a gente começa a perceber. Pensar também. Falar assim: ‘Realmente a gente precisa de mudar!’ [...] no dia a dia, a gente vê que tem atitudes boas e positivas, mas que a gente precisa de melhorar muito. E, quando alguém começa a instigar isso na gente, a gente começa a fazer mais diferença, né? Então, obrigada também por ter me proporcionado esse momento! Eu também agradeço! E eu vou usar isso pra muitas coisas na minha vida, viu? ((fala sorrindo)) De parar e pensar depois: E o que eu tenho feito pra isso também, né, pra diferenciar, pra não ser igual? (Participante M19).

Com relação à estratégia de **criação e fortalecimento de redes de apoio**, seis participantes buscaram se aliar às colegas de trabalho – equipe de Enfermagem, equipe médica e outros profissionais, como psicólogo e assistente social. Tentaram mostrar sua competência como Enfermeira Obstétrica, dando exemplos de postura e atuação para a equipe. Além disso, criar vínculos com as pacientes e famílias, orientando-as e cuidando delas. Outra ação foi a de discutir

mudanças no serviço diretamente com a diretoria e/ou coordenação no hospital; por exemplo, por meio da implementação de seus projetos de intervenção do CEEIO II.

M4 falou sobre a capacitação que fizeram sobre assistência ao recém-nascido e à mulher em sala de parto e sobre seu projeto de intervenção no serviço:

[...] fomos aos poucos tentando mudar. Primeira coisa que a gente teve que fazer foi reciclar a assistência ao recém-nascido, assistência à mulher na sala de parto. Falar sobre acolhimento com classificação de risco, que era coisa que ninguém nem falava. [...] foi bem pesado. É tanto que o meu trabalho de conclusão ele foi exatamente a criação de fluxo e protocolo dentro desse hospital. Eu não vou dizer a você que tudo o que eu coloquei eu consegui executar, mas é... percebo diferença [...] tanto na assistência das mulheres e de como acontece o processo de trabalho dentro do centro obstétrico, e também na parte estrutural, né? (Participante M4).

M7 disse que ela e as Enfermeiras Obstétricas do seu hospital insistiram em prestar assistência às mulheres, mesmo com a resistência médica:

[...] tem uma resistência muito grande com relação à autonomia das enfermeiras. No início, a gente tinha bastante dificuldade. Não conseguia prestar assistência, porque os médicos [...] tornariam aqueles partos de.../ deixariam de ser de risco habitual. Então, eles colocavam, propositadamente, muita ocitocina nas mulheres, já para não deixar a gente assistir os partos ((fala sorrindo)). [...] E, com o passar do tempo, a gente [...] insistia em começar a prestar assistência é... meio que a todas as mulheres, independente se estava ou não com ocitócito. E tivemos diversas barreiras, porque a própria direção da maternidade também teve bastante resistência de aceitar o nosso trabalho. (Participante M7).

M15 contou sobre a rede de apoio que solicitou para prestar assistência à uma mulher puérpera pobre, usuária de drogas, alcoólatra:

Peguei essa mulher, botei dentro do carro, levei para o hospital pra aplicar medicação na veia dela, pra tirar o excesso de álcool. Pra DEPOIS, eu ir pra dentro da casa dela, pra passar a manhã na casa dela, conversando com ela, [...] o marido dela é ((envolvido com)) tráfico. Conversando com ela [...] que Deus tinha dado o bebê/ 'Mas, doutora, o meu marido vai ser preso. Eu não sei nem o que eu vou fazer com esse menino.' É um problema! Né? Assim pra poder sensibilizar... Fui providenciar uma rede de apoio pra assistência à essa mulher, psicólogo, assistente social, agente de saúde [...] cesta básica pra casa dela, pra ela conseguir amamentar o bebê. Todo dia eu tinha que ir pra casa da mulher. Quase não podia nem trabalhar. Visitava ela direto. Fiquei até como se fosse até a segunda mãe ((fala sorrindo)). Pra poder ela se sentir amparada/ pra poder, a partir do momento que ela visse que eu tinha um olhar por ela, ela queria

olhar para o bebê dela. Porque a vida dela não tinha sentido nenhum. (Participante M15).

M8 falou de quando começou a insistir na permanência do acompanhante na maternidade pública onde atuava:

E aí eu comecei a dizer: “Vamos testar? Vamos ver se cabe? Vamos por uma cadeira.” E aí, num certo dia, numa reunião na gestão, o diretor lá estava na lua boa e falou assim: “HOJE, a gente vai COMEÇAR a respeitar o direito do acompanhante. Pode falar que qualquer pessoa pode entrar.” E aí faz, mais ou menos, uns três anos e meio. E foi assim tão tranquilo. [...] pareceu até que a gente não viveu transição entre quando só podia mulher e pronto. E hoje, a maternidade recebe o pai... quem quiser. (Participante M8).

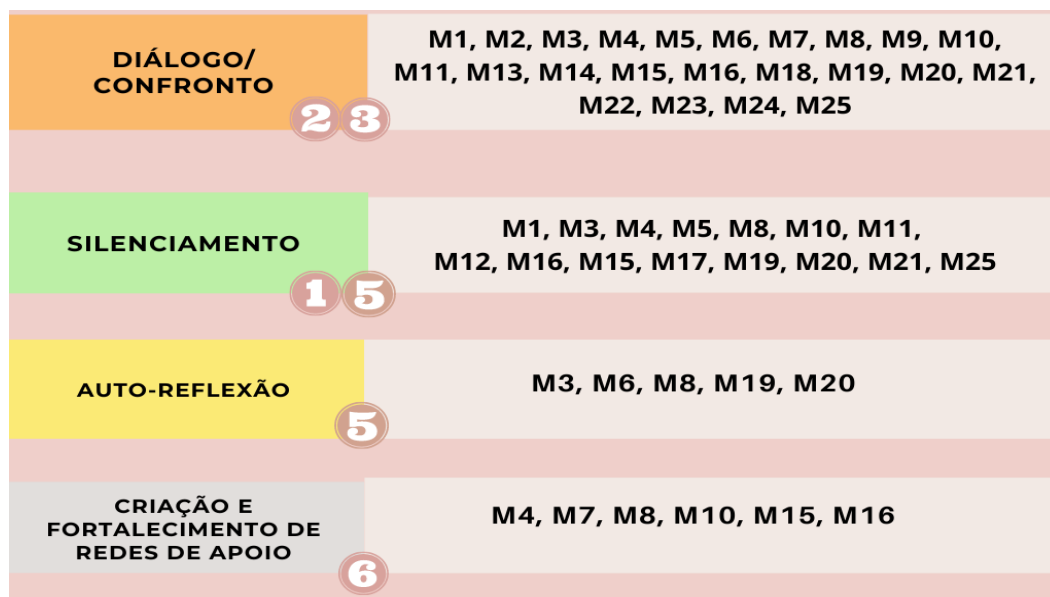
M10 trouxe o relato do feedback positivo que uma técnica de enfermagem lhe deu com relação ao seu trabalho no serviço:

Até que um dia eu escutei de uma técnica [...] Quando foi um dia, ela chegou pra mim e disse: “Sinto falta de você no meu plantão!” [...] era uma das que fazia violência mesmo assim [...] uma das que viravam o rosto assim pra mim das coisas que eu fazia/ [...] virava a cara, bufava, brigava, [...] ficava reclamando de mim pra outra Enfermeira. E ela ter chegado pra mim pra dizer isso, assim, pra mim foi uma coisa muito... muito especial, sabe? [...] esse movimento também tanto meu, quanto dessa outra Enfermeira, [...] a gente conseguiu, sabe, ir dando aquela gotinha do passarinho, sabe, em todo mundo. (Participante M10).

M16 contou como, aos poucos, foi contribuindo para mudar a forma de prestar assistência de um dos médicos mais violentos da cidade:

[...] um relato meu de ter conseguido mudar a percepção e a assistência de um dos médicos mais violentos daqui de Caruaru. [...] foi aos poucos/ foi conversando. [...] Aí eu percebi que era onde eu tinha que pegar nele, né? Então, todas as conversas que eu tinha com ele: “Ah, as evidências científicas dizem isso... As evidências científicas dizem isso...” Até que chegou ao ponto dele dizer à mulher: “Olha, escute o que ela está falando, porque ela sabe das coisas. Ela tem essa carinha de nova, mas isso aí é uma VÉIA. Pode escutar, viu? Tudo o que ela lhe falar é só para lhe ajudar.” E não interferir na minha conduta, sabe? Ou então de ele mesmo dizer assim à paciente: “Oh, por que que você não fica de quatro? É uma posição que ajuda muito na hora do bebê nascer.” Isso era uma coisa que, quando eu falei a primeira vez pra ele, ele me ignorou assim completamente, dizendo que aquilo era um absurdo, que era uma posição sexual, que ele jamais ia mandar uma mulher ficar de quatro na frente do esposo.” (Participante M16).

Figura 35. Estratégias de enfrentamento das situações de desigualdades



Fonte: Elaborada pela pesquisadora, 2021.

Além disso, seis participantes (M10, M14, M15, M19, M21, M24) fizeram apontamentos para o enfrentamento das desigualdades, em uma visão coletiva, para além do ambiente de trabalho. Foram eles: investimento em políticas públicas para melhoria da qualidade da assistência pré-natal (M10, M15, M19); educação e formação profissional e no trabalho para o reconhecimento e enfrentamento das desigualdades (M14, M19, M21, M24).

[...] vale a pena a gente fazer um investimento muito grande em pré-natal, porque eu acho que essas desigualdades são políticas públicas que vão mudar isso e não é a gente que vai conseguir mudar tão rápido, não. É um processo lento. Isso se tivesse sendo investido em massa, coisa que a gente sabe que não está sendo atualmente. Mas que o que está na nossa mão fazer é mudar esse pré-natal, é empoderar essa mulher desde o pré-natal, porque no cenário do parto, não dá pra você ensinar ela o que ela pode. Ela já tem que chegar sabendo o que ela pode. [...] mudar no cenário do parto é muito difícil, é muito rápido, e essa mulher já não está aberta a tantas transformações, porque ela está com dor. Você não consegue falar de plano de parto, de empoderamento com uma mulher no meio de uma contração. Então, eu acho que essas desigualdades a gente trata elas na base, na raiz, que é o pré-natal hoje. Teria como voltar um pouco antes, mas o pré-natal, pra mim, seria o marco zero pra transformar. E é muito importante. Precisa muito. Especialmente, na minha região. (Participante M10).

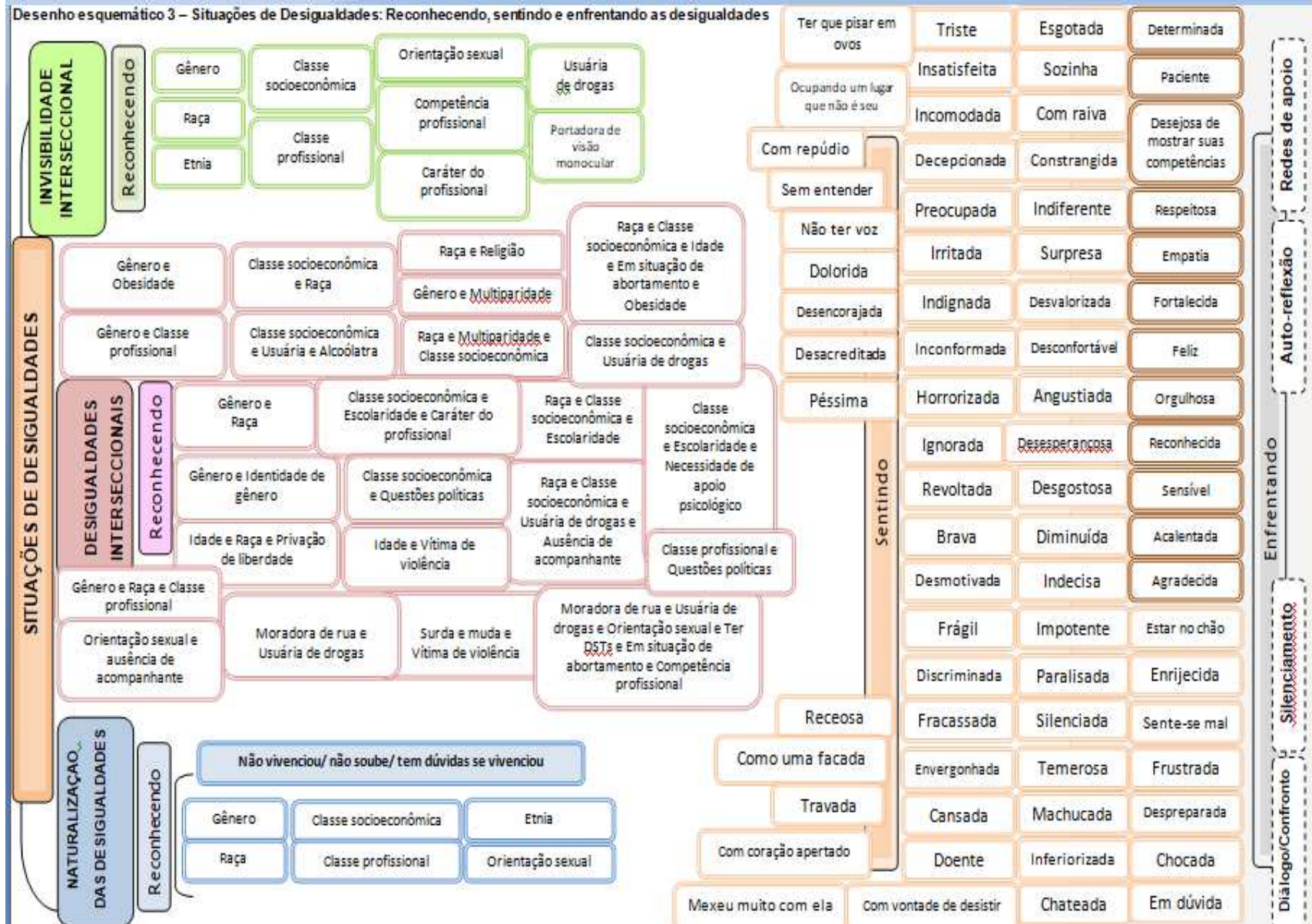
Eu acho, como Enfermeira Obstétrica [...] que a gente precisa alcançar agora a rede pública na qualidade da assistência desse pré-natal com muita orientação, com muita informação e desenraizar

mesmo essa cesárea que a gente tem muito grande, né? [...] E com relação às... atitudes assim com as pessoas e tudo, a gente precisa melhorar a nossa educação mesmo no geral, né? Melhorar a nossa personalidade, melhorar o jeito da gente atender mesmo... [...] A gente precisa de se colocar mais no lugar do outro, a tal da empatia, que está tão na moda, a gente precisa utilizar ela mesmo. Eu acho que, quando a gente começar a ter noção, ciência e mais respeito com o próximo, acabou! Né? A gente consegue conquistar o resto tudo. E a gente começar se olhar. Olhar mais pra si mesmo e querer ser melhor no dia a dia. A cada dia que passar, se comprometer a ser melhor do que você foi. Que eu acho que a gente não pode só falar pelo outro, né? Começar da gente também. Assim, a gente começar a ter um olhar menos discriminatório, menos curioso, menos desrespeitador mesmo e... e trabalhar com todos com igualdade mesmo, independente de quem seja. [...] que a gente não julgue pelo tom da pele, não julgue pelo gênero, a gente não julgue por nada, pela classe social/ que, hoje, eu acho que o mais difícil está sendo a classe social. Nesses pré-julgamentos que eu te falei assim de observar, eu acho que o da classe social é o que mais me incomoda assim de ver mesmo. Porque as pessoas ainda tem um olhar mais interessado, né, por aquele que tem mais [...] quantidade ou [...] é mais favorecido, digamos assim, financeiramente, né? ((fala sorrindo)) (Participante M19)

[...] Eu acho que a gente precisa [...] de MUITA educação dentro de casa, na escola também/ porque eu acho que não caminha sozinho, né, é tudo junto, né, [...] e, na faculdade, a gente começar a falar um pouco mais disso também. Eu acho que talvez a gente peque um pouco. [...] ter uma matéria isolada, não é nada..." (Participante M19)

Apresenta-se a seguir o desenho esquemático que engloba todo o Tema 1 :
Reconhecendo, sentindo e enfrentando as desigualdades (Desenho esquemático 1).

Desenho esquemático 3 – Situações de Desigualdade: Reconhecendo, sentindo e enfrentando as desigualdades



4.3 Consequências das desigualdades ou de sua interseccionalidade na atuação de Enfermeiras Obstétricas negras

As narrativas das Enfermeiras Obstétricas permitiram identificar as consequências das desigualdades na vida dessas mulheres e das pessoas envolvidas nas situações, dentro e fora do contexto de trabalho. As consequências identificadas foram: **Comprometimento da atuação como Enfermeira Obstétrica; Comprometimento da saúde mental; Invisibilidade; Afronta aos direitos humanos das mulheres; e Resistência e enfrentamentos para (re)existir.**

Figura 36. Consequências das desigualdades e da interseccionalidade das desigualdades



Fonte: Elaborada pela pesquisadora, 2021.

4.3.1 Comprometimento da atuação como Enfermeira Obstétrica

Foram nove participantes (M1, M5, M7, M8, M11, M13, M14, M21, M22) que apontaram dificuldades para a sua atuação como Enfermeira Obstétrica no cuidado às mulheres, bebês e famílias como consequências das situações de desigualdades de raça, gênero e classe.

Algumas delas relacionaram as situações de desigualdade à classe profissional, e falaram sobre **a falta de aceitação e valorização da Enfermeira Obstétrica no cenário do parto e do nascimento, apontando para o modelo de assistência médico-centrado, e a falta de uma atuação autônoma.**

As participantes M1 e M8, por exemplo, citaram situações semelhantes que vivenciaram. Falaram de quando os médicos interferiram em uma assistência à mulher durante o parto que ela já estava prestando, sem terem sido solicitados, e ainda foram desrespeitosos com elas, desvalorizando-as e à sua profissão:

O senhor não estava aqui, mas eu já cheguei recebendo o parto. O bebê já estava nascendo, é tanto que o senhor só veio pra ocupar a luva, porque eu já estava com a mulher. E eu não aceito que o senhor fale comigo novamente daquela forma na frente de ninguém, porque eu sou Enfermeira Obstétrica, porque eu me dou o meu devido valor, eu sou tão importante quanto o senhor, quanto os outros profissionais que aqui estão. Todos nós temos a nossa importância aqui na equipe: eu, as técnicas, você, o maqueiro... (Participante M1).

E aí, quando ele viu que eu estava lá, ele foi calçar as luvas pra tocar. E quando ele virou as costas, ela agarrou a minha mão sobre o períneo dela. E pediu que, POR FAVOR, não deixasse ele fazer aquilo. Ela tinha sido tocada fazia 15 minutos. [...] Aí eu falei: 'Senhor Fulano, [...] ela não quer ser tocada. O bebê já está aqui. Quando vier a próxima contração, você já vai ver que está aqui. [...] Ela acabou de ser avaliada por outro profissional.' [...] Aí ele falou assim: 'Olha, eu sou o médico. Eu sou responsável por você e eu tenho domínio sobre você. Então, você sabia que as Enfermeiras Obstétricas daqui dessa maternidade botam as pacientes pra parir na banqueta, rasgam seus ânus e elas não sabem costurar?' (Participante M8).

Nesse sentido, a participante M21 contou que, para realizar transferências das pacientes para a maternidade de referência, , o médico regulador do SAMU aceita que o caso da paciente seja discutido apenas com outro médico, embora ela seja a responsável por conduzir a assistência à mulher:

[...] Isso é algo que me deixa assim PUTA DA VIDA mesmo! Porque eu tenho que dizer ao médico o que eu estou fazendo pra que o médico fale para o SAMU o que é que está sendo feito. E eu acho isso totalmente incoerente. Porque sou eu que estou ali conduzindo. Então, deveria ser eu a passar o caso clínico e não eu ter que ir estar indo atrás do médico: 'Doutor, por favor fale aqui com o SAMU'. (Participante M21).

M1 também falou de quando o médico reclamou dela para a sua coordenadora, por não ter registro de assistência da Enfermagem a uma paciente grave no prontuário (mas o registro estava completo e feito por M1), e depois ainda que tenha pedido desculpas a ela, fez um comentário desvalorizando a Enfermagem Obstétrica:

Me pediu desculpa e, assim, aí depois veio até elogiar e disse assim: 'Não... é porque nem todas as Enfermeiras fazem assim, não tem esse cuidado com pacientes mais graves'. [...] Então, assim, no lugar de achar bom encontrar profissionais preocupados com o SER HUMANO, profissionais humanizados, isso muitas vezes ainda é visto assim como uma... afronta, como se dissesse assim: 'Só quem poderia ter percebido ou era eu ou o médico, e não a Enfermeira'. (Participante M1).

Algumas participantes falaram sobre colegas de trabalho que começaram a boicotá-las em sua atuação, o que comprometeu sua atuação como Enfermeira Obstétrica e também a qualidade do cuidado recebido pelas mulheres e bebês:

[...] tem uma resistência muito grande com relação à autonomia das enfermeiras. No início, a gente tinha bastante dificuldade. Não conseguia prestar assistência, porque os médicos [...] tornariam aqueles partos de.../ deixariam de ser de risco habitual. Então, eles colocavam, propositadamente, muita ocitocina nas mulheres, já para não deixar a gente assistir os partos ((fala sorrindo)). (Participante M7).

[...] eu sofri muita... muita discriminação, porque eu usava aromaterapia. Eu fui denunciada na DIREÇÃO, porque eu usava aromaterapia. (Participante M14).

[...] E aí tiveram dois médicos que foram para a direção do hospital privado reclamar. Porque a gente ia abordar a paciente deles antes deles verem ((na admissão)) e que fazia só complicar a condução, porque tinha gente que a gente dizia que podia parir e não podia. Mas, na verdade, [...] eram dois médicos que não assistiam parto normal. (Participante M16).

A participante M11 relacionou a situação de desigualdade à classe profissional e questões políticas e relatou que até mesmo seu posicionamento político interfere em sua atuação como Enfermeira Obstétrica:

Até isso interfere na nossa assistência, sabe? E aí, do nada/ tipo assim, por incomodar uma pessoa que é de decisão da maternidade, aí pediram pra me tirar ((da assistência ao parto)), me tiraram e aí depois A PRÓPRIA, né/ [...] quando as coisas apertaram de uma assistência, uma mulher descompensa, uma hemorragia, foi a PRIMEIRA a falar: "Chama ela!", entendeu? [...] Então, é coisa que eu não consigo compreender, sabe? [...] Muito complicado! (Participante M11).

A participante M21 relacionou uma situação de desigualdade ao gênero, dizendo sobre seu colega, que é Enfermeiro Obstétrico, e sobre existir um olhar diferenciado pelo fato de um homem cuidando de uma mulher. Mas, apesar disso, relata que ele é bastante competente:

[...] eu tiro o chapéu demais para o meu parceiro... [...] Ele é homem, mas as mulheres se sentem TOTALMENTE à vontade com ele, porque ELE acolhe muito bem. Ele se posiciona muito bem. [...] Ele é muito competente também na assistência. [...] no Estado de Alagoas, é difícil você ver ENFERMEIRO OBSTETRA ATUANTE. Geralmente [...] na maioria das maternidades, tem Enfermeiras Obstétricas. Então, quando é Enfermeiro, às vezes, o marido olha assim meio de lado, a mulher também ((fala sorrindo)). Mas, com o passar da assistência, aí você fica mais tranquilo, entendeu? (Participante M21).

A participante M22 também relacionou uma situação ao gênero, mas apontando para a questão cultural do médico como protagonista na assistência:

[...] tem mulheres que elas têm ainda [...] na verdade, é uma questão cultural mesmo de achar que o médico tem mais conhecimento, que ele tem mais habilidade e preferir, às vezes, o médico. (Participante M22).

Duas participantes (M5, M8), além da questão da desvalorização e falta de autonomia, falaram sobre **pensar em desistir de atuar; pedir para mudar de cargo dentro da instituição; abandonar o plantão; ou pedir demissão do emprego**. Nesse contexto, as formas de opressão envolvidas nas situações de desigualdades citadas por elas foram a classe profissional e a raça.

Com relação à classe profissional, a participante M5, por exemplo, contou quando pensou em desistir de atuar como Enfermeira Obstétrica, pois estava cansada dos embates cotidianos:

'Eu vim tocar a paciente', eu: 'Mas por que, doutora? Está tudo bem. Está evoluindo bem.' [...] Tocou, falou que o toque que eu tinha tocado e que mais duas pessoas tinham tocado estava errado. Que estava bem menos. Então ela estava de oito centímetros. E aí ela ((a médica)) falou: 'Não. Está de seis centímetros. Nossa, vai demorar demais, você já está muito cansada! Então eu quero te ajudar. Estou te OFERECENDO uma cesárea agora.' Isso mexeu MUITO comigo [...]a ponto assim de me dar uma travada, sabe? De falar assim 'Não, eu desisto. Não quero... não quero viver essa situação mais. [...] Eu fiquei no chão'. ((M5 falou com a médica:)) 'Você está menosprezando o meu trabalho, a minha postura diante da paciente. Você vem aqui como se fosse uma salvadora, parecendo que eu estou maltratando a paciente. Isso foi em comum acordo. É uma escolha dela. Ela tem direito de escolher'. (Participante M5).

E a partir [...] desse momento, surgiram outras situações, sabe? [...] de, por exemplo, o chefe chegar e você está conduzindo o trabalho de parto, ele achar que está demorado demais, né, 'Não, tem que resolver essa situação'. Então assim, coisas assim ridículas que desmotivam muito a nossa atuação... (Participante M5).

Outro exemplo foi a participante M8, que falou de quando vivenciou situações em que ficou tão chateada. Por uma vez, abandonou o plantão e, outra vez, pediu demissão do emprego:

E eu cometi uma coisa bem séria. Eu estava TÃO chateada com tantas discussões que eu fui embora do plantão. Pela primeira vez, em seis anos de formada, eu abandonei meu plantão, escrevi tudo e eu disse que eu preferia responder por esse abandono, mas eu não aguentava mais viver aquelas situações que eu vivia ali. (Participante M8).

[...] tinha sido um absurdo ele escrever que eu tinha cometido alguma violência obstétrica, porque se a paciente tivesse acesso àquele prontuário, ela ia entender que tinha sido totalmente o contrário. [...] todo mundo me pediu pra que eu ficasse. [...] Eu falei que eu não queria, falei da minha posição como Enfermeira Obstétrica, falei da minha formação que é em defesa da mulher, do direito dela, que eu sei exatamente até onde eu posso chegar. [...] muitas vezes eu sei que eu vou ser a boca dela, falando por ela, muitas vezes. E eu não queria mais viver aquilo. Eu CANSEI de viver aquilo. (Participante M8).

Com relação à raça, a participante M5 ficou em dúvida se a situação teve conotação racial. Contou que foi indicada pela equipe para ser coordenadora de um novo projeto de violência sexual no hospital, mas a proposta não foi aceita pela diretoria. Isso fez com que ela se sentisse desvalorizada e pedisse para ser retirada do cargo que estava ocupando no momento, de chefe do setor de Pronto Socorro e Ginecologia, para atuar na assistência direta ao parto:

Se eu não sirvo para ser essa coordenadora, eu também não sirvo para ser chefe de setor. Eu estou entregando meu cargo de chefe de setor. [...] como a gente tinha todo aquele plano de ação, né, proposta de inserção da enfermagem, eu falei: 'Não, eu quero ir para a atuação'. Então, foi quando eu fui designada para a atuação. (Participante M5).

Três participantes (M8, M11, M13) falaram sobre a **falta de investimento e apoio da instituição com relação ao reconhecimento e valorização da Enfermeira Obstétrica, e na educação e capacitação dos profissionais em serviço.**

E eu perdi... um bebê no plantão com a minha amiga, que me arrancou o coração assim ((fala chorando)). [...] estavam tendo muitas cesáreas e só estávamos nós duas na hora do repouso e [...] a gente sempre trabalhava de uma forma muito parecida, muito cuidadosa. [...] de 11 da noite e uma da manhã, a gente estava dentro do centro cirúrgico, dava uma olhadinha no pré-parto para ver

se tinha alguém no expulsivo, mas a gente não auscultou. E tinha uma ausculta de um profissional nesse intervalo. Porém, quando a gente voltou pro centro mesmo, que a gente foi lá auscultar o bebê [...] estava... sem ausculta e aí ela teve uma cesárea de emergência e o bebê... nasceu morto. (Participante M8).

Então, eu tenho muita dificuldade [...] com um obstetra, sabe? MUITA dificuldade mesmo! Parece que não quer que as coisas deem certo, sabe? Mas nunca chegou pra me falar. Mas parece que não gosta da assistência. [...] prega uma coisa e, no fundo, é outra. E, quando a gente tenta levar inovações, nunca dá apoio pra dar certo. [...] sempre fica nos porquês, sempre colocando negatividade em cima de tudo, sabe? (Participante M11).

Infelizmente, a gente não é remunerada como Enfermeira Obstetra, né? Inclusive, nem na carteira não tem colocado. E, assim, já foi uma solicitação da gente para a diretoria da instituição, mas a gente não foi ouvida. Mas a gente é cobrada como Enfermeira Obstetra sim. Porém, eles falaram que não tem interesse NENHUM de colocar na nossa carteira que a gente é Enfermeira Obstetra [...] nos apresentam para a sociedade, tipo assim, o Ministério vem aqui, procura saber ou pergunta: ‘Tem algum Enfermeiro Obstetra?’, ‘Tem’, eles apresentam, mas eles não têm isso em carteira, a gente não tem na carteira [...]. E a gente recebe como todos. E como antes também, nada a mais do que éramos antes da especialização. [...] Nós não estamos satisfeitas com isso, entendeu? Porque, se a gente não fosse cobrada, mas a gente é cobrada a todo momento. [...] a gente quebrou muitas vezes o galho em questão do plantão em si é... até mesmo pela sobrecarga de trabalho, mas a gente não tem esse reconhecimento. (Participante M13).

Corroborando com as hipóteses desta pesquisa, tem-se o estudo desenvolvido por Filby et al. (2016), com uma revisão sistemática apresentada sobre as barreiras sociais, econômicas e profissionais que impedem os profissionais da Enfermagem Obstétrica (*Midwifery*) de países de baixa e média renda de prestarem cuidados de qualidade.

Assim como nesta pesquisa, exemplos de barreiras socioculturais apontadas pelo estudo foram: o cuidado no parto e nascimento como pouco qualificado, relacionado ao “trabalho de mulher”; a falta de aceitação da Enfermagem Obstétrica; e o preconceito contra a transgressão dos papéis de gênero. Como exemplo de barreira econômica, teve-se a falta de remuneração das Enfermeiras Obstétricas para os custos básicos de vida. Como exemplos de barreiras profissionais, a falta de investimento em formação e capacitação profissionais, a fraca autonomia profissional, a hierarquia médica que impede o avanço da Enfermagem Obstétrica na prática e a falta de compreensão sobre o papel da Enfermagem Obstétrica (FILBY et al., 2016).

Destaca-se que as barreiras socioculturais, econômicas e profissionais reforçam-se mutuamente. Os autores identificaram que, nas intersecções das três categorias de barreiras apresentadas, o gênero é a base para elas e se configura como uma penalidade para baixo *status* social da profissão. Além disso, as Enfermeiras Obstétricas estão submetidas ao estresse moral e ao esgotamento mental, além da falta de investimento na profissão, pela desvalorização por ser prioritariamente composta por mulheres (FILBY et al., 2016).

4.3.2 Afronta aos direitos humanos das mulheres

Sobre a afronta aos direitos humanos, nove participantes mostraram como as diferentes formas com que as desigualdades se interseccionam, atingem de formas distintas tanto as Enfermeiras participantes quanto colegas de trabalho e mulheres cuidadas, considerando os direitos humanos das mulheres (*M1, M4, M5, M8, M16, M20, M21, M22, M23*).

O Dossiê “A situação dos direitos humanos das mulheres negras no Brasil: violências e violações”, de 2017, um trabalho do Geledés – Instituto da Mulher Negra e Criola, sob a coordenação de Nilza Iraci e Jurema Werneck, que apresenta diferentes formas de violação dos direitos humanos de mulheres negras brasileiras. Nesse sentido, considera-se a violência como um fenômeno complexo na sociedade marcada pelo racismo heteronormativo patriarcal, atinge de forma desproporcional às populações de pele escura, com expressão do sexismo e das fobias LGBT.

Apresentam-se, a seguir, subtópicos do Dossiê que corroboram com as narrativas trazidas pelas Enfermeiras Obstétricas negras, quando elas identificam as situações de desigualdades como afrontas aos direitos humanos da mulher.

O subtópico *Negligência e imperícia provocaram a morte* pode ser ilustrado pela situação de desigualdade trazida pela participante M8. Ela fala que não havia protocolo para realização da ausculta fetal na maternidade. Em um plantão, uma paciente ficou sem ser auscultada por cerca de 2 horas. Quando M8 e sua amiga Enfermeira Obstétrica foram auscultar, não havia batimentos cardíacos fetais. A mulher foi para a cesárea de urgência, mas o bebê nasceu morto.

O subtópico *Violências contra mulheres trans e travestis* também pode ser exemplificado por uma situação citada por M8. Ela relatou que a técnica de Enfermagem não queria autorizar a acompanhante da parturiente a permanecer com

ela por ser uma mulher transexual. Porém, a acompanhante sabia de seu direito e lutou por ele, conseguindo ficar.

O subtópico *Violência de gênero* pôde ser identificado nas falas das participantes M1, M4, M16, M20, M21, M22 e M23. Como exemplo, M20 relatou que algumas médicas assumem uma postura muito masculina para se impor na assistência à mulher, pois não conseguem intimidar como mulheres. Dessa forma, é comum cometerem violência obstétrica. M16 falou que, na maternidade pública, de sete plantões, em apenas dois ou três as parturientes podiam levantar-se da cama. No restante, elas permaneciam, independentemente de estar suja de urina, fezes, líquido amniótico ou sangue. M23 disse que, muitas vezes, os profissionais deixam de ficar perto e até de avaliar mulheres que estão gritando, muito agitadas, que não deixam chegar perto delas.

O subtópico *Intolerância religiosa* pode ser ilustrado pela situação citada por M20. Ela contou sobre o dia em que atendeu uma gestante negra, que supunha vir de um centro de umbanda, com vestes características, descalça e com os pés sujos; e que os profissionais da equipe de Enfermagem e médica fizeram comentários maldosos sobre essa paciente.

O subtópico *Racismo institucional* foi trazido por M5, ao abordar a questão relacionada à impossibilidade de participação em espaços de poder e decisão, que ela ficou em dúvida se teria conotação racial. No início da entrevista, M5 relata que não vivenciou situações de desigualdade ligadas à raça. Porém, quase ao final, ela contou que foi indicada pela equipe para assumir a coordenação de um projeto de violência sexual na maternidade, porém, a diretoria não aprovou. M5 sentiu-se desvalorizada.

Racismo e sexismo são processos hierarquizantes e violentos que reforçam a exploração de grupos historicamente excluídos. As desigualdades no Brasil afetam mais diretamente às mulheres e a população negra, em especial àquelas residentes nas periferias, favelas e bairros mais distantes do centro. Ao longo do tempo, produzem fome, pobreza, violência, negação de direitos, baixa representação política, adoecimento e morte (OXFAM BRASIL, 2019).

A parcela da população mais vulnerável vai ficando cada vez mais à margem, com pouco acesso a bens e serviços públicos. Essa exclusão se intensifica com fatores que se interseccionam, como ser mulher negra, ser jovem mulher negra, ser mulher negra transexual ou ser de periferia ou favela. (OXFAM BRASIL, 2019).

Nesse contexto, a Organização das Nações Unidas (ONU) afirma que, para o sucesso da implementação da Agenda 2030 e dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODS), tão importante quanto transversalizar a perspectiva de gênero e adotar medidas para o empoderamento das mulheres, é levar em consideração a interseccionalidade de gênero, raça e etnia. Dessa forma, destaca a necessidade de ninguém ser deixado para trás, focando naquelas pessoas que estão mais atrás. As diversas formas de manifestação do racismo fazem com que a discriminação racial seja um fator estruturante das desigualdades sociais no Brasil, fazendo com que mulheres negras e outros grupos de minorias étnico-raciais mantenham os piores indicadores em diferentes áreas da vida econômica e social.

Assim sendo, o Sistema ONU no Brasil recomenda que as ações voltadas à promoção de atenção integral de saúde das mulheres, educação, empoderamento político e econômico e enfrentamento à violência contra as mulheres incluam estratégias de desconstrução do racismo, considerando a diversidade das mulheres, especialmente negras e indígenas.

4.3.3 Comprometimento da saúde mental

Seis participantes (M5, M6, M8, M10, M20, M21) citaram se sentirem desvalorizadas como Enfermeiras Obstétricas; cansadas dos enfrentamentos constantes, principalmente com a equipe médica. Elas são atingidas pela tristeza e/ou dor diante das desigualdades, por vezes, têm vontade de pararem de atuar como Enfermeira Obstétrica.

Isso mexeu MUITO comigo [...] a ponto assim de me dar uma travada, sabe? De falar assim 'Não, eu desisto. Não quero... não quero viver essa situação mais'. [...] Eu fiquei no chão. (Participante M5).

[...] Então, eu me senti muito desvalorizada. Não sei necessariamente se foi a esse ponto, então assim, a conotação da cor... Mas, assim, eu sei que eu me senti, né, desvalorizada. Totalmente. (Participante M5).

E aí eu estava BEM, BEM sentida nesse dia. [...] eu vim embora do plantão [...] e eu cheguei na minha casa e eu falei pra minha família que era o último plantão que eu dei naquela maternidade. E foi mesmo. Eu saí de lá ((fala chorando)). Eu fiquei... seis anos da minha vida ((fala chorando)). E eu não queria mais viver aquilo. Eu CANSEI de viver aquilo. [...] Foi MUI-TO difícil pra mim! ((fala chorando)) Eu ainda choro/ porque quando você me chamou pra falar das experiências, eu tenho muitas experiências LINDAS. Eu [...] recebo fotos de parto de madrugada, de aniversário do bebê, de gratidão, sabe? Mas, o final não foi legal. Sabe? Então, eu precisei parar para me curar dessas coisas que eu vivi/ desses desamores com a obstetrícia/ dessa luta diária, sabe? (Participante M8)

Pela primeira vez, em seis anos de formada, eu abandonei meu plantão, escrevi tudo e eu disse que eu preferia responder por esse abandono, mas eu não aguentava mais viver aquelas situações que eu vivia ali. (Participante M8)

É uma frustração. A sensação... dói. Doi físico, dói, dói muito. [...] porque dói de profissional, porque eu queria poder fazer algo por ela/ e o pior que, assim, o não saber às vezes ajuda, porque eu sei que existe, eu sei que pode, eu sei que tem condições, eu sei que seria bom e não posso fazer por ela. E me dói, enquanto mulher. Por que ela precisa sentir tanto? Realmente, admiro demais as mulheres que passam pelo trabalho de parto sem analgesia. Eu pedi, eu tive. Então, porque que algumas conseguem, algumas não, e porque que não pode ter quando ela quer? E me doeu, [...] enquanto pessoa, enquanto mulher negra, me doeu mais ainda de [...] porque que a nossa cor define a sua tolerância à dor? De onde que saiu que porque é mais de um filho, porque ela é negra, [...] ela tolera mais do que uma outra mulher toleraria? (Participante M10)

Eu sinto... sinto angústia, sinto incômodo, [...] tristeza mesmo, sabe? [...] de ver essas coisas AINDA existirem, né, hoje em dia. A gente está em 2020. São pessoas que trabalham com PESSOAS, né? Que deveriam ter um olhar mais... mais igualitário, né? [...] Então é muito ruim assim. O tanto que se fala em violência obstétrica, né, o tanto que se fala em racismo, o tanto que se fala em machismo e ainda ser muito presente assim. (Participante M7).

[...] NOS deixa triste essa desigualdade com relação ao preconceito por ser feita a assistência POR ENFERMEIRA. Como que se nós não tivéssemos essa capacidade. Como que se nós não tivéssemos essa autonomia, né, de assistência. [...] me deixa... bem desgostosa! (Participante M21).

Entende-se que a exposição a eventos de vida traumáticos e estressantes, por exemplo das vivências de violência de gênero, discriminação e exclusão social, de forma única ou sistemática é apontada como um fator preponderante para alterações emocionais negativas na saúde mental dos indivíduos e nas suas vidas de modo geral (ALVES; RODRIGUES, 2010; HELMS et al., 2010).

Em um estudo de abordagem quantitativa, de Martins et al. (2020) tiveram como objetivo avaliar o efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. Foram avaliadas a influência das variáveis identidade e autoestima na relação entre a frequência das microagressões raciais de gênero e a saúde mental em 76 mulheres negras, com 18 a 56 anos, maioria heterossexual, solteira, com ensino superior incompleto e renda familiar acima de quatro salários mínimos. Observaram-se quatro pontos principais: uma maior frequência de microagressões raciais de gênero iria predizer um menor nível de saúde mental. Também estar exposta a uma maior frequência de discriminação racial de gênero afeta, negativamente, a autoestima de mulheres negras. Por sua vez, o efeito das microagressões na saúde mental é mediado pela autoestima, ou seja, a autoestima parece ser um importante fator protetor para a saúde mental no contexto da discriminação. Por fim, o efeito das microagressões na saúde mental apenas ocorre entre as participantes que apresentam maior identidade.

O estudo considerou como microagressões os insultos verbais ou comportamentais, intencionais ou não, que comunicam ofensas raciais hostis, depreciativas ou negativas a uma pessoa ou a um grupo-alvo (SUE et al., 2007). Como identidade, o senso de pertença ou proximidade ao grupo e a importância atribuída à cor da pele no autoconceito e na autoimagem dos indivíduos (SELLERS et al., 1997; PASCOE; SMART-RICHMAN, 2009).

Outros estudos também apresentam os efeitos do racismo na saúde mental e na saúde física, indicando associações elevadas com o estresse e depressão, e com comprometimento da saúde física, com maior prevalência de doenças cardiovasculares e obesidade (DAVIS; STEVENSON, 2006; LAMBERT et al, 2009).

No Brasil, dados do MS (BRASIL, 2004) apontam que, quando consideradas as principais causas de morte em mulheres, as mulheres negras morrem mais que as mulheres brancas por homicídios, suicídios e mortes mal definidas. Além disso, Araújo et al. (2015), ao analisar a ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) em função de características sociodemográficas, observaram maior prevalência de TMC entre as mulheres que eram negras ou pardas, tinham baixo nível de escolaridade, não moravam mais com os seus companheiros, que tinham renda média de até um salário mínimo, tinham filhos e eram chefes de família.

Nesse contexto, destaca-se que a construção da autoestima das pessoas leva em conta o olhar do outro, sendo que um importante espaço de

desenvolvimento da autoestima é o sentimento de pertencimento a um grupo. Um grupo pode reafirmar ou não valores, dar ou não referência de adequação de um indivíduo, bem como dar uma referência de como as outras pessoas reagem diante da presença de alguém. Por sua vez, a autoestima relaciona-se com o modo pelo qual alguém ou algum grupo se vê, sendo, portanto, um sentimento necessário à saúde física, mental e emocional que varia de acordo com a influência externa. O processo de construção da autoestima envolve, por exemplo, identidade, respeito, valorização e sentir-se sujeito (AMMA, 2008).

A participante M6 fala que, antigamente, sentia-se pior quando em situação de oprimida, diante de uma situação de desigualdade relacionada à raça:

[...] eu já me senti pior. Mas, hoje em dia, não. Hoje em dia: 'Sim, sou eu! No que eu posso lhe ajudar?' Né? [...] Mostrar que realmente a gente pode. [...] eu sei que isso foi muito mais feio no passado/ talvez a pessoa [...] já sofreu muito mais. [...] me sinto [...] com vontade de [...] cada vez mais mostrar pra eles que nós somos capazes sim, que nós somos inteligentes também, que nós podemos estar onde a gente quiser, a gente pode se esforçar/ se eu sou Enfermeira, é porque eu quis ser Enfermeira. Se outro negro é médico, é porque ele quis ser. Ele também pode. [...] a nossa cor não quer dizer nada! (Participante M6)

Destaca-se a importância de uma análise que se oriente pela interseccionalidade. Apesar dos achados consistentes no estudo citado de Martins et al. (2020), os autores apontam que pouco se sabe sobre como outras dimensões da categorização social, além da cor da pele e saúde mental, a exemplo do gênero e da classe social, interferem nessa relação. As pesquisas sobre racismo tratam frequentemente os negros como grupo monolítico, o que deixa lacunas, por exemplo, no que se refere a potenciais diferenças de gênero nas experiências de discriminação e seus possíveis efeitos na saúde mental.

4.3.4 Invisibilidade

Duas participantes (M5, M16) citaram já terem se sentido ignoradas por colegas de trabalho médicos em situações em que elas estavam conduzindo uma assistência à mulher no parto e eles interviam:

Mostrei o partograma, tentei uma discussão. 'Não, não quero saber disso não. [...] eu vou tocar, porque eu vim cá para te ajudar.', conversando com a paciente, assim, me ignorou...' (Participante M5).

[...] precisei de solicitar é... uma discussão com o chefe e ele se recusou. 'Não, eu não discuto com a Enfermagem Obstétrica'. E isso foi bem difícil, sabe? [...] de ser ignorada." (Participante M5).

E eu vivi situações, assim, por ser negra, [...] de exclusão mesmo, de 'Não, a sua fala não é importante'. Ser ignorada é... em algumas situações e eu ter que me fazer ouvir. (Participante M5).

Isso era uma coisa que, quando eu falei a primeira vez pra ele ((o médico)), ele me ignorou assim completamente, dizendo que aquilo era um absurdo, que era uma posição sexual, que ele jamais ia mandar uma mulher ficar de quatro na frente do esposo. (Participante M16).

Quando alguém é impedido de falar sobre o seu ponto de vista é impedido de participar da tomada de decisões, então começa a se desaparecer socialmente. A dominação, aqui denominada opressão, representa um impedimento da voz e da iniciativa. Quando há impedimento da voz alheia, aquele que a impede, por sua vez, costuma dar ordens, forçar e coagir. Assim, o impedimento de agir e falar produz gente invisível, reduzida ao desempenho de funções servis exigidas pelo seu senhor ou patrão (AMMA, 2008).

Negras e negros, no Brasil, foram secularmente colocados em posição e lugar de servidão. Apareceram ostensivamente como escravos, como servos, depois assalariados inferiorizados, mas essa aparição servil é o mesmo que não aparecer. Sua aparição pessoal, como cidadãos, foi severamente interceptada. O que os tornou ostensivamente visíveis como escravos ou subordinados, apagando o seu rosto e o seu nome (AMMA, 2008).

Destaca-se que a consequência de práticas de discriminação ao longo do tempo leva à estratificação social, em que o percurso de vida de todos os membros de um grupo social, incluindo as chances de ascensão social, de reconhecimento e de sustento material, é afetado e vai sendo passado entre as gerações (ALMEIDA, 2019).

4.3.5 Resistência e enfrentamentos para (re)existir

Cada uma das 25 Enfermeiras Obstétricas negras participantes desta pesquisa relatou suas formas de resistir e enfrentar as situações de desigualdades que as atingem de formas distintas, como exemplo, por meio do diálogo/confronto,

silenciamento, auto-reflexão e/ou criação e fortalecimento de redes de apoio, cada uma tem sua forma de ser e de se expressar no mundo.

Destaca-se que o fato de que uma pessoa ser negra não significa saberrefletir crítica e filosoficamente sobre as consequências do racismo. Além disso, mesmo que a pessoa negra seja reacionária diante das situações de desigualdades, ainda assim ela será atingida pelos efeitos das diversas formas de opressão em suas vidas. Se pensarmos também nas pessoas brancas e outros grupos privilegiados, mesmo que elas sejam conscientes e lutem contra as desigualdades, elas não deixam de ser beneficiadas pela estrutura de opressão que atinge outros grupos (COLLINS, 2016).

Outro ponto importante a ser destacado é que as mulheres negras compartilharam processos de resistências (GONZALEZ, 1984), muito além de experiências da escravidão, racismo e colonialismo. –

Nesse sentido, Collins (2016) apresenta o conceito de *outsider within* como posição social ou espaços de fronteira ocupados por grupos com poder desigual. Ela aponta a necessidade de tirar proveito desse lugar, pois ele proporciona às mulheres negras um ponto de vista especial por conseguirem enxergar a sociedade em um espectro mais amplo, considerando suas experiências de vida.

Como exemplo, tem-se a própria Interseccionalidade, já que as mulheres se propuseram a pensar novas formas de sociabilidade e não somente nas opressões estruturais isoladas. Seria como dizer que a mulher negra está em um “não lugar”, mas além disso, tem a possibilidade de perceber o quanto esse não lugar pode ser doloroso, mas também um lugar de potência (RIBEIRO, 2019).

Dessa forma, Crenshaw propõe seu uso como uma metodologia a ser utilizada para enfrentar as causas e efeitos da violência contra a mulher nas comunidades negras (ASSIS, 2019).

Assim, percebe-se a importância de compreender a interseccionalidade das desigualdades na vida dessas mulheres, o que elas sentem, como elas enfrentam e como são afetadas por ela.

O feminismo negro tem indicado caminhos para transformações societárias estruturais (MADEIRA; GOMES, 2018). Como apontado por Angela Davis,⁵⁰ “quando

⁵⁰ Palestra proferida por Angela Davis, em 25 de julho de 2017, na Universidade Federal do Recôncavo Baiano.

a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela, porque tudo é desestabilizado a partir da base da pirâmide social onde se encontram as mulheres negras, muda-se a base do capitalismo”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pretendeu analisar a interseccionalidade de gênero, raça e classe no contexto de trabalho de Enfermeiras Obstétricas negras, segundo suas perspectivas, por meio da análise hermenêutico-dialética e orientado pela Teoria da Interseccionalidade, de Kimberlé Crenshaw. A análise permitiu confirmar o pressuposto do estudo de que gênero, raça e classe interferem no cotidiano de trabalho de Enfermeiras Obstétricas negras, comprometendo sua atuação autônoma e o desenvolvimento de suas competências no cuidado às mulheres, bebês e famílias.

Identificou-se a necessidade de reconhecer as diversas formas de opressão envolvidas nas situações de desigualdades que, assim como na vida em sociedade, são reproduzidas no ambiente de trabalho, atingindo de formas distintas e desiguais tanto as Enfermeiras Obstétricas negras participantes, quanto seus colegas de trabalho e as mulheres cuidadas.

Considerando o contexto de trabalho, essas desigualdades comprometem a atuação autônoma dessas Enfermeiras Obstétricas negras no parto e nascimento, atingindo-as, por exemplo, pela desvalorização como profissional, principalmente pela equipe médica; impossibilidade de colocar em prática suas competências e habilidades; insatisfação; falta de reconhecimento, de apoio institucional e desesperança em mudanças desse panorama de desigualdades.

Conseqüentemente, esse cenário leva ao comprometimento da qualidade da assistência às mulheres e bebês, já que é comprovado que um modelo colaborativo de cuidado que inclua as Enfermeiras Obstétricas promove a diminuição da mortalidade materna e neonatal, a melhoria da qualidade dos cuidados, além de um aumento na satisfação das mulheres pelo cuidado recebido.

Considerando esse contexto, este estudo propõe reflexões críticas acerca da temática em diferentes dimensões: humana, ética, política, profissional, do cuidado, da formação, do ensino e da pesquisa. Além disso, oferece subsídios para que cada uma dessas dimensões possa ser desenvolvida, já que permite discutir e pensar em estratégias individuais e coletivas para o enfrentamento das situações de desigualdades, seja na vida privada, na vida em sociedade, no ambiente profissional e acadêmico.

Sobre as dimensões humana, ética e política, aponta-se para a necessidade de que as ações voltadas à promoção de atenção integral de saúde, educação, empoderamento político e econômico, fortalecimento de identidades e enfrentamento à violência contra as mulheres incluam estratégias de desconstrução das formas de opressões. Especialmente para aquelas mulheres que são mais afetadas pelas desigualdades: mulheres negras, pobres, residentes em periferias.

Sobre a dimensão da formação, do ensino e da pesquisa, aponta-se para a necessidade de estabelecer novas perspectivas para a educação e formação histórica e cultural no Brasil, já que o pensamento hegemônico tem a concepção ideal do homem branco europeu como universal e isso se reflete em todos os aspectos da vida em sociedade. É urgente desnaturalizar as situações de desigualdades, preconceitos e estereótipos sobre a população negra e todas as formas de opressão.

Considerando que a Enfermagem é uma profissão essencialmente composta por mulheres, sendo a maioria negra, torna-se urgente trazer essa discussão para o ambiente de formação dessas profissionais. Isso para que compreendam e valorizem a história da profissão, considerando o papel fundamental das mulheres para sua criação e sistematização. Além disso, para que consigam compreender as formas de opressão que, minimamente, interseccionam-se na vida das Enfermeiras: gênero, raça, classe social e classe profissional, e como elas afetam cada uma de forma diferente, em sua vida pessoal, coletiva e profissional.

Propõe-se que essa temática seja incluída em disciplinas de graduação e pós-graduação, de forma que a população negra não seja apenas citada ou relacionada, por exemplo, à época da escravidão no Brasil Colonial, à maior prevalência de doenças como hipertensão, anemia falciforme e doenças sexualmente transmissíveis, à maior mortalidade materna ou maior número como presidiárias ou presidiários.

Além disso, propõe-se a realização de atividades de extensão que incluam profissionais do ambiente acadêmico, a população e profissionais da prática assistencial, para a conscientização sobre a importância em discutir sobre a temática e implementação de ações de combate às desigualdades, por meio das redes sociais, ações educativas, seminários, grupos focais, dentre outros. Sugere-se que sejam realizadas novas pesquisas a partir desta, que continuem a investigar a interseccionalidade de gênero, raça e classe na área da Enfermagem, já que muitos

dos estudos encontrados sobre essa temática estão na área de Educação, Psicologia e Sociologia.

Sobre a dimensão profissional e do cuidado, aponta-se para a necessidade de se conhecer a realidade vivenciada nos ambientes de trabalho, considerando as diferentes formas de opressão. Propõe-se a formação de uma equipe de profissionais qualificada e treinada sobre a temática, que possa auxiliar no processo de diagnóstico, planejamento, monitoramento e avaliação de ações de enfrentamento às desigualdades nas instituições de saúde. Essa equipe será uma rede de apoio para: elaboração de diagnósticos situacionais da instituição e seus setores; utilização de indicadores relacionados às condições de trabalho e assistência (considerando profissionais e pacientes); elaboração de planos de intervenção/ação para o enfrentamento das desigualdades; elaboração de estratégias de monitoramento e avaliação das ações implementadas.

Uma das limitações desta pesquisa foi a impossibilidade de coletas de dados presenciais. As entrevistas foram realizadas por chamada de vídeo e, em alguns momentos, houve atraso e falhas na conexão com a Internet. Porém, isso não impossibilitou que elas fossem finalizadas. Outra limitação foi a impossibilidade de utilização de outra estratégia de coleta de dados, como a observação, que poderia permitir capturar acontecimentos e contextos nos quais os dados foram produzidos.

Esta dissertação, muito além de ter tido o intuito de revelar como mulheres negras trabalhadoras percebem as situações de desigualdades em seus cotidianos de trabalho, pretende fazer um convite para que todos os leitores possam buscar novos conhecimentos, refletir, rever suas experiências e superar a cultura do silêncio e da invisibilidade.

REFERÊNCIAS

- ADESSE L, JANNOTTI CB, SILVA KS, FONSECA VM. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. **Ciênc Saúde Colet** 2016; 21:3819-32.
- AHMED, Sara. **Vivir una vida feminista**. Barcelona: Bellaterra, 2018.
- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. Feminismos Plurais, 2019.
- ALENCAR, W. C. Os direitos humanos no mundo do trabalho: raça e gênero nas organizações – um olhar sobre nós mesmos. **Cadernos Zygmunt Bauman**, v. 5, n. 10, p. 82–102, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/bauman/article/view/4171/2280>>. Acesso em janeiro de 2021.
- Almeida, Diana Jenifer Ribeiro de; Quadros, Laura Cristina de Toledo. A pedra que pariu: Narrativas e práticas de aproximação de gestantes em situação de rua e usuárias de crack na cidade do Rio de Janeiro. **Pesquisas e Práticas Psicossociais 11 (1)**, São João del Rei, Janeiro a junho de 2016. Disponível em:
- ALMEIDA, S. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Feminismos Plurais, 2019.
- ANDRADE, M.A.C.; LIMA, J.B.M.C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: **Cadernos Humaniza SUS – Volume 4: Humanização do parto e nascimento** (pp. 19-46). Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto-L.pdf>. Acesso em: abr. 2021.
- ANJOS, J. C. Etnia, raça e saúde: sob uma perspectiva nominalista. In: S. Monteiro & L. Sansone (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- ARY, Donald.; JACOBS, Lucy; SORENSEN Chris. **Introduction to research in education**. 8th Edition. Canada: Wadsworth Cengage Learning, 2010.
- ASSIS, DAYANE N. CONCEIÇÃO DE. **Interseccionalidades**. Salvador: UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação a Distância, 2019. 57 p: il.
- BAMBIRRA, Natércia Ventura; NOTHAFT, Raíssa Jeanine; LISBOA, Teresa Kleba. A colonialidade de gênero e suas implicações para os estudos feministas. In: **Descolonizar a prática e o sexo**. Porto Alegre: CirKula, 2019, p. 145-152.
- BARREIRA, I.A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.7.n.3, p. 87-93, 1999.

BATTISTELLI, et al. O Ato de Narrar e a Produção de Conhecimento em Psicologia Social. **Rev. Polis e Psique**, 2021; 11(1): 162 – 182.

BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e Branquitude no Brasil. In: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva. **Psicologia social do racismo** – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis-RJ, Vozes, 2002, pp.25-58. Disponível em: < <http://www.media.ceert.org.br/portal-3/pdf/publicacoes/branqueamento-e-branquitude-no-brasil.pdf>>. Acesso em janeiro de 2021.

BENEVIDES, Bruna G., NOGHEIRA, Sayonara Naider Bonfim (Orgs). – São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2021 136p. Disponível em: < <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2021.

BERTH, J. **Empoderamento**. São Paulo: Feminismos Plurais, 2019.

BIRD, C.M. How I stopped dreading and learned to love transcription. **Qualitative Inquiry**, 11(2), 226-248, 2005.

BIROLI, F.; MIGUEL, L.F. **Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades**. Mediações, Londrina, V. 20 N. 2, P. 27-55, JUL./DEZ. 2015. Disponível em: < <file:///C:/Users/TAISA/Downloads/24124-107847-1-PB.pdf>>. Acesso em: abr. 2021.

BITTENCOURT DAS; REIS LGC; RAMOS MM; RATTNER D; RODRIGUES PL; NEVES DCO, et al. Structure in Brazilian maternity hospitals: key characteristics for quality of obstetric and neonatal care. **Cad Saúde Pública** 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humanizausus**. V.4.: Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação e intervenção** (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il. Disponível em: < https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em fevereiro de 2021.

BRASIL. Portaria no 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, 2011; 27 jun.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, 3 (2). PP. 77-101, 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology>. Acesso em: abr. 2021.

CAMPBELL, Meghan. CEDAW and Women's Intersecting Identities: a Pioneering New Approach to Intersectional Discrimination. **Revista Direito GV**. n. 11 [2], jul-dez, 2015. p. 479-504.

CAMPOS et al. Cultura dos cuidados: mulheres negras e formação da Enfermagem profissional brasileira. **Cultura de de los cuidados**. 2º. Semestre 2007, Año XI - N.º 22. Disponível em: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6630/1/CC_22_05.pdf>. Acesso em: abr. 2021.

CAPETTI, P.; CANÔNICO, M.A. Denúncias de ataques a religiões de matriz africana sobem 47% no país. **Jornal O Globo**, 2019. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/denuncias-de-ataques-religoes-de-matriz-africana-sobem-47-no-pais-23400711r>>. Acesso em: abr. 2021.

CARNEIRO MF, IRIART JAB, MENEZES GMS. Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface (Botucatu)** 2013; 17:405-18.

CARNEIRO, S. **Enegrecer o feminismo**: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: ASHOKA EMPREENDEDORES SOCIAIS; TAKANO CIDADANIA (Orgs.). **Racismos contemporâneos**. Rio de Janeiro: Takano Editora, 2003. [Coleção valores e atitudes, série Valores; n.1. Não discriminação]

CEDAW. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. INSTRUMENTOS INTERNACIONAIS DE DIREITOS DAS MULHERES, 1979. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf>. Acesso em abril de 2021.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA, SAÚDE DA MULHER E REPRODUTIVA. **Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da parteria nas Américas**. Montevideu: CLAP/SMR, 2014.

CHAVES, L.G.M. Minorias e seu estudo no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 149-168, 1970. Disponível em: <http://www.rcs.ufc.br/edicoes/v2n1/rcs_v2n1a8.pdf>. Acesso em abril de 2021.

CHERON, C.; MELLO, P.V. Gênero e Desigualdades no Mercado de Trabalho da Região Metropolitana de Porto Alegre: Análise sob Prisma Materialista. **Tomo**, N. 28, 2016. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/viewFile/5420/4443>>. Acesso em fevereiro de 2021.

CLARKE, V. **Thematic analysis**: What is it, when is it useful, & what does “best practice” look like? [Video]. Recuperado de <http://www.youtube.com/watch?v=4voVhTiVydc&feature=youtu.be>, 2017. Acesso em: fev. 2021.

COLLIÈRE, F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.

COLLINS, P. H. Intersectionality’s Definitional Dilemas. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, 41, 1-20, 2015. Disponível em: <<https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-soc-073014-112142>>. Acesso em: abril de 2021.

COLLINS, P.H. Comentário sobre o artigo de Hekman “Truth and Method: Feminist Standpoint Theory Revisited”: Onde está o poder? **Signs**, v.22, n.2, 375-381, 1997.

COLLINS, Patricia Hill. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, n. 1, v. 31, p. 99-127, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/>. Acesso em: abr. 2021.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. **Relatório de recomendação**, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: abril de 2021.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acesso em janeiro de 2021.

CRENSHAW, Kimberle. **A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero**. 2012. Disponível em: <<http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf>> Acesso em 20 mar 2019.

CRENSHAW, Kimberle. **Demarginalizing the intersection of race and sex**: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. 1989. Disponível em: <<https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?Article=1052&context=uclf>> Acesso em: abr. 2021.

CRENSHAW, Kimberle. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**. Ano 10 vol. 1, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>> Acesso em: abril de 2021.

CRESWELL, John. **Qualitative inquiry and research design**: choosing among five traditions. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1998.

d’Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad Saúde Pública**, 2014.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. **Handbook of qualitative research**. Sage, London. 1994.

DIEESE. A mulher negra no mercado de trabalho metropolitano: inserção marcada pela dupla discriminação. **Estudos e Pesquisas**, ano II(14), 1-8, 2005. Disponível em: <
https://www.dieese.org.br/estudosepesquisas/2005/estpesq14112005_mulhernegra.pdf>. Acesso em janeiro de 2021.

Diniz SG, D'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reprod Health Matters**, 2012; 20:94-101.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **5Ciência & Saúde Coletiva**, 22(2):653-660, 2017. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>>. Acesso em: abril de 2021.

DINIZ, S.G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development** 2015; 25(3): 377-376. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf>. Acesso em fevereiro de 2021.

DOMINGUES, P. O mito da democracia racial e a mestiçagem no Brasil (1889-1930). **Diálogos Latinoamericanos**, número 010, 2005. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Disponível em: <
<https://www.redalyc.org/pdf/162/16201007.pdf>>. Acesso em janeiro de 2021.

Esteves-Pereira AP, Deneux-Tharoux C, Nakamura-Pereira M, Saucedo M, Bouvier-Colle MH, Leal MC. Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in Brazil. **PLoS One** 2016; 11:e0153396. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830588/>>. Acesso em: janeiro de 2021.

FARIA N. Entre a autonomia e a criminalização: a realidade do aborto no Brasil. In: VENTURI G, Godinho T (Org). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2013. p. 181-201.

FERNANDES, N.V.E. A raiz do pensamento colonial na intolerância religiosa contra religiões de matriz africana. **Revista Calundu** -vol. 1, n.1, jan-jun 2017. Disponível em: < <https://periodicos.unb.br/index.php/revistacalundu/article/view/7627/6295>>. Acesso em abril de 2021.

FIOCRUZ. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? / organizadores:

Francisco Inácio Bastos, Neilane Bertoni. – Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

Forero R, Nahidi S, De Costa J, Mohsin M, Fitzgerald G, Gibson N, et al. Application of fourdimension criteria to assess rigour of qualitativeresearch in emergency medicine. **BMC Health Serv Res** [Internet]. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5816375/>>. Acesso em janeiro de 2021.

GELEDÉS. **A mulher presa no Brasil é jovem, negra e com baixa escolaridade**. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/a-mulher-presa-no-brasil-e-jovem-negra-e-com-baixa-escolaridade/>>, 2015. Acesso em abril de 2021.

GLESNE, Corrine; PESHKIN, Alan. **Becoming qualitative researchers: an introduction**. White Plains, NY: Longman, 1992.

GÓES, E.F. et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cad. Saúde Pública**, 2020; 36 Sup 1:e00189618. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/339206359_Vulnerabilidade_racial_e_barreiras_individuais_de_mulheres_em_busca_do_primeiro_atendimento_pos-aborto>. Acesso em abril de 2021.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, 1984. p. 223-244.

GONZÁLEZ, Lélia. **A categoria político-cultural de amefricanidade**. Tempo Brasileiro, n. 92/93, pp. 69-82, 1988.

GUBA, Egon; LINCOLN, Yvonna. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage, 1989.

GUILLEMIN, Marilyns; GILLAM, Lynn. Ethics, reflexivity, and “ethically importante moments in research. **Qualitative Inquiry**, v.10, n.2, p.261-280, 2004. DOI: 10.1177/1077800403262360. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/235930722_Ethics_Reflexivity_and_Ethically_Important_Moments_in_Research>. Acesso em fevereiro de 2021.

HALL, J.C.; EVERETT, J.E.; HAMILTON-MASON, J. *Black Women Talk About Workplace Stress and How They Cope*. **Journal of Black Studies**. 43(2) 207 –226, 2012. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22457894>>. Acesso em janeiro de 2021.

HAMILTON, Charles V.; KWANE, Ture. **Black Power: Politics of Liberation in America**. Nova York: Random House, 1967. E-book.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007.

HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya (Orgs.). Cuidado e cuidadoras. As várias faces do IBGE. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. **Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica**, n.41. Disponível em: < https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf>. Acesso em abril de 2021.

HOFFMAN KM, TRAWALTER S, AXT JR, OLIVER MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2016; 113:4296-301.

IBGE. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica**, n.41. Disponível em: < https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf>. Acesso em abril de 2021.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo 2010. Disponível em: < <https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em janeiro de 2021.

IBGE. RETRATOS. A Revista do IBGE. **As cores da desigualdade**. Disponível em:<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/17eac9b7a875c68c1b2d1a98c80414c9.pdf>. Acesso em março de 2021.

INFOPEN. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. **Relatório temático sobre mulheres privadas de liberdade – junho de 2017**. Disponível em: < <https://www.gov.br/depen/pt-br/sisdepen/mais-informacoes/relatorios-infopen/relatorios-sinteticos/infopenmulheres-junho2017.pdf>>. Acesso em abril de 2021.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2020**. Disponível em: < <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>>. Acesso em abril de 2021.

JEFFERSON, G., 2004. Glossary of transcript symbols with an introduction. In: G. H. Lerner, ed. **Conversation Analysis**. Studies from the first generation. Amsterdam: John Benjamins, pp. 13-31.

KILOMBA, G. **Plantation Memories: Episodes of Everyday Racism**. Münster: Unrast Verlag, 2012. Disponível em: <[https:// / goo.gl/w3ZbQh](https://goo.gl/w3ZbQh)>. Acesso em fevereiro de 2021.

KON, A. Mercado de trabalho, assimetrias de gênero e políticas públicas: considerações teóricas. **Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, Edição nº 02, Dezembro de 2013. Disponível em: < <http://periodicos.unb.br/index.php/rp3/article/view/10154/7471>>. Acesso em janeiro de 2021.

KYRILLOS, G.M. **Uma análise interseccional de gênero e etnia sobre as limitações na eficácia da convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (CEDAW) no Brasil**. Seminário Internacional

Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X. Disponível em: <http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499459809_ARQUIVO_Kyrillos_Texto_completo_MM_FG.pdf>. Acesso em abril de 2021.

LAMEIRÃO, A.P. **Mercado de Trabalho, Desigualdade Social e de Gênero**. 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/SNPGCS/article/view/1630>>. Acesso em janeiro de 2021.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LEAL et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33 Sup 1:e00078816. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>>. Acesso em março de 2021.

LEAL, M.C.; PEREIRA, A.P.; DOMINGUES, R. M. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, 30 (Supl. 1), S17-S32, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2021.

LIMA, N.D.F.; CORDEIRO, R.L.M. Aborto, racismo e violência: reflexões a partir do feminismo negro. **EM PAUTA**, Rio de Janeiro _ 2o Semestre de 2020 - n. 46, v. 18, p. 101 – 117.

LINCOLN, Yvonna; GUBA, Egon. **Naturalistic inquiry**. Beverly Hills: Sage, 1985.

LOMBARDI, M.R.; CAMPOS, V.P. A Enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**, v. 17, n. 1, Janeiro a Junho de 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/abet/article/view/41162>>. Acesso em abril de 2021.

MACHADO, M.H. **Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil** / coordenado por Maria Helena Machado. — Rio de Janeiro : NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz, 2017.

MAPA da violência de gênero. **Os gêneros – e as raças – da violência no Brasil**. Disponível em: <<https://mapadaviolenciadegenero.com.br/>>. Acesso em abril de 2021.

MARCOLINO et al. Gestação e uso de substâncias psicoativas: qual é o cuidado em saúde desejado pelas mulheres? **Cad. Saúde Colet.**, 2018, Rio de Janeiro, 26 (3): 255-260.

MARCONDES, M.M. et al. **Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil**. Brasília: Ipea, 2013. Disponível em: <http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_dossie_mulheres_negras.pdf>. Acesso em janeiro de 2021.

MARTINHO R. **Humanização do parto**: análise da teoria e implantação do programa em Salvador [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2011

MAYKUTE, Pamela; MOREHOUSE, Richard. **Beginning qualitative research**: a philosophic and practical guide. London: Falmer Press, 1995.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de História Oral**. São Paulo, SP: Edições Loyola, 4ª edição, 2002.

MELO, F.M; MONTOYA, A.J.A. Empregabilidade: problematização com ênfase em gênero e raça. **Revista de Ciências Humanas**, Viçosa, v. 16, n. 1, p. 9-25, jan./jun. 2016.

MILES, Mathew; HUBERMAN, Michael. **Qualitative data analysis**: an expanded sourcebook, 2nd ed. California: Sage, 1994.

MILLER S, ABALOS E, CHAMILLARD M, CIAPPONI A, COLACI D, COMANDÉ D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet* 2016; 388:2176-92. Disponível em: <
https://www.researchgate.net/publication/308149742_Beyond_too_little_too_late_and_too_much_too_soon_a_pathway_towards_evidence-based_respectful_maternity_care_worldwide>. Acesso em janeiro de 2021.

MORAES, E.L.; SILVA, L.I.C. Feminismo Negro e a Interseccionalidade de Gênero, Raça e Classe. **Cadernos de Estudos Sociais e Políticos**, Rio de Janeiro, vol. 7, nº 13, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/TAISA/Downloads/32989-133062-1-PB.pdf>. Acesso em fevereiro de 2021.

MOREIRA, A. **Racismo recreativo**. Feminismos Plurais, 2019.

MOREIRA, H. Critérios e estratégias para garantir o rigor na pesquisa qualitativa. **R. bras. Ens. Ci. Tecnol.**, Ponta Grossa, v. 11, n. 1, p. 405-424, jan./abr. 2018. Disponível em: <<https://revistas.utfpr.edu.br/rbect/article/viewFile/6977/pdf>>. Acesso em abril de 2021.

OPAS BRASIL 2017. **Folha informativa - Violência contra as mulheres**. Disponível em: <
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820>. Acesso em abril de 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**, 2015. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/>>

ORTLIPP M. *Keeping and using reflective journals in the qualitative research process*. TQR [Internet]. 2008 [citado 2019 set 2]; 13(4): 695-705. Disponível em: <<https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/8>>. Acesso em janeiro de 2021.

RENFREW, M. J. et al. Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. **The Lancet**, v. 384, n. 9948, p. 1129–1145, 2014. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2814%2960789-3>>. Acesso em: abril de 2021.

RIBEIRO, D. **Lugar de fala**. São Paulo: Feminismos Plurais, 2019.

RIESSMAN, C. K. **Narrative analysis**. Qualitative research methods. Newbury Park. CA: Sage, 1993.

SANDALL, J.; SOLTANI, H.; GATES, S. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI:10.1002/14651858.CD004667.pub5.

SANTIAGO, E.S.; OGUISSO, T.; CAMPOS, P.F.S. Racismo e preconceito: depoimentos de enfermeiros afrodescendentes egressos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 2, núm. 4, 2010, pp. 1303-1312. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750833005.pdf>> Acesso em setembro de 2018.

SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2010.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.13, p.603-613,

SANTOS, C.; PEREIRA, A.G. **Direitos humanos das mulheres: uma análise sobre as recomendações do comitê CEDAW/ONU ao Estado Brasileiro**. Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD, Dourados, v.6. n.11, jan./jun. Disponível em: <<http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/moncoes>>. Acesso em fevereiro de 2021.

SANTOS, E. F. **Representações sociais de estudantes negros: Universidade e trabalho**. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos/SP, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/6020/3750.pdf?sequence=1>>. Acesso em janeiro de 2021.

SANTOS, E. F.; DIOGO, M. F.; SHUCMAN, L. V. Entre o não lugar e o protagonismo: articulações teóricas entre trabalho, gênero e raça. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 17, n. 1, p. 17–32, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v17n1/a03v17n1.pdf>>. Acesso em janeiro de 2021.

SANTOS, J. A. F. A interação estrutural entre a desigualdade de raça e de gênero no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 24(70), 37-60, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v24n70/a03v2470.pdf>>. Acesso em janeiro de 2021.

SANTOS, S.B. Interseccionalidade e Desigualdades Raciais e de Gênero na Produção de Conhecimento entre as Mulheres Negras. Vozes, Pretérito & Devir Ano IV, Vol. VII, Nº I (2017) Dossiê Temático: **Gênero e Diversidade** ISSN: 2317-1979. Disponível em: < [file:///C:/Users/TAISA/Downloads/150-317-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/TAISA/Downloads/150-317-1-SM%20(1).pdf)>. Acesso em abril de 2021.

SEPPPIR. **A participação das mulheres negras nos espaços de poder**. 2013. Disponível em: < <http://www.seppir.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes-afirmativas/a-participacao-das-mulheres-negras-nos-espacos-de-poder>>. Acesso em janeiro de 2021.

SILVA WR, PERES RS. Concepções sobre álcool e outras drogas na atenção básica: o pacto denegativo dos profissionais de saúde. **Psicol. Cienc. Prof.** 2014;34(2):474-87. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000492013>>. Acesso em fevereiro de 2021.

SILVA, R. A.; MENEZES, J.A. A interseccionalidade na produção científica brasileira. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 15(4), São João del-Rei, outubro-dezembro de 2020. e-3252. Disponível em: < http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/e3252/2468>. Acesso em março de 2021.

SILVA, Rosimeri Aquino da (Orgs.). **Descolonizar a prática e o sexo**. Porto Alegre: Cirkula, 2019. Cap. 7. p. 21-311.

SOUSA, M.A.; POSSAS, L.M.V. Uma proposta de interseccionalidade entre gênero e raça para a Educação Básica. Dossiê: História das Mulheres, Gênero e Interseccionalidades. **REHR**, Doura dos, MS, v. 14, n. 28, p. 303-327, Jul. / Dez. 2020. Disponível em: < <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/historiaemreflexao/article/view/12185/6222>>. Acesso em abril de 2021.

SOUZA, Kleyde Ventura de Souza et. al. **Caderno do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica com foco na atenção ao parto e nascimento: qualificação dos processos de cuidado e de gestão (CAEO/PN/APICEON)** / Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2019. 112 p.ill. Disponível em: < https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/wp-content/uploads/2019/04/caderno_Curso_Aprimoramento_Enfermeiras_Obst%C3%A9tricas.pdf>. Acesso em: fev. 2021.

SOUZA, V.R.S et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021; 34; Eape03631. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/ape/v34/1982-0194-ape-34-eAPE02631.pdf>>. Acesso em abril de 2021.

STELZER, J.; KYRILLOS, G.M. Inclusão da Interseccionalidade no âmbito dos Direitos Humanos. **CIENCIA y ENFERMERIA**, 2020. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v26/0717-9553-cienf-26-28.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2021.

TONG, A. et al. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**; Volume 19, Number 6: pp. 349 –357 10.1093/intqhc/mzm042 Advance Access Publication: 14 September 2007. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>>. Acesso em abril de 2021.

TUCKETT, A. Applying thematic analysis theory to practice: A researcher's experience. **Contemporary Nurse**, 2005. Disponível em: <<<http://doi.org/10.5172/conu.19.1-2.75>>>. Acesso em fevereiro de 2021.

VARGAS D, BITTENCOURT MN, ROCHA FM, OLIVEIRA MAF. **Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico**. Esc Anna Nery. 2013;17(2):242-8. Disponível em: <[http:// dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200006](http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200006)>. Acesso em fevereiro de 2021.

VIEIRA, B.M. Aumenta o número de denúncias de discriminação contra adeptos de religiões de matriz africana em 2018 no país. **G1**, São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2018/11/19/aumentanumero-de-denuncias-de-discriminacao-contra-adeptos-de-religoes-de-matrizafricana-em-2018-no-pais.ghtml>>. Acesso em abril de 2021.

YANNOULAS, Silvia Cristina (Org.). **Trabalhadoras** - Análise da feminização das profissões e ocupações. Brasília: Editorial Abaré, 2013.

ZARIFIAN, P. Valor, organização e competência na produção de serviço – esboço de um modelo de produção de serviço. In: SALERNO, M. S. (Org.). **Relação de serviço: produção e avaliação**. São Paulo: Senac, 2001. p. 95-149.

APÊNDICES

Matriz - Situações de Desigualdades (M1)

	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	Classe profissional		
	Situação 1: Opressor: médico Oprimida: Enfermeira Obstétrica M1	<p>M1 chegou ao plantão e foi assumir o cuidado a uma mulher que estava parindo. O médico entrou e disse que daria continuidade. Ela ficou do lado da mulher, apoiando-a. O médico, de forma irônica, em frente à paciente, acompanhante e equipe, questionou M1, como se ela não estivesse atenta ao restante do plantão. M1 não gostou da situação.</p>	<p>Confrontou o opressor e comunicou a situação a outras instâncias do hospital – M1 disse a ele que não gostou da situação e que não aceitava que falasse com ela daquela forma, principalmente diante de outras pessoas. Ela era Enfermeira e tinha o seu valor, assim como qualquer profissional da equipe. Comunicou ao chefe do médico e à ouvidoria do hospital.</p>
	Situação 2: Opressor: médico Oprimida: técnica de Enfermagem	<p>M1 viu o mesmo médico da situação 1 tratando a técnica de Enfermagem de forma grosseira.</p>	<p>Silenciamento – M1 estava passando pelo local para fazer seu horário de descanso quando viu a situação. Optou por não se envolver.</p>
	Situação 3: Opressores: técnica de Enfermagem e médico Oprimidas: técnica de Enfermagem e Enfermeira Obstétrica M1	<p>M1 estava prestando os cuidados a uma paciente grave (com pré-eclâmpsia) e fazendo os registros na evolução da paciente, parte em que os médicos também realizam seus registros. Porém, uma técnica de Enfermagem procurou diretamente o médico e lhe comunicou que não tinham registros referentes à paciente nas anotações de Enfermagem, parte em que as técnicas realizam o registro. Ele logo procurou a direção do hospital para reclamar que a Enfermeira não estava prestando a assistência devida. Porém, os registros estavam completos e, pelo contrário, nem a técnica nem ele haviam lido ou procurado saber sobre a situação antes de reclamarem. Ficou decepcionada.</p>	<p>Chamada por sua coordenadora para ser repreendida pela situação – M1 pediu para que a coordenadora pegasse o prontuário: as anotações estavam completas e bem feitas. A coordenadora lhe pediu desculpas.</p> <p>Confrontou o opressor – M1 disse ao médico que ele não tinha analisado o prontuário; caso contrário, teria visto as anotações feitas por ela. O médico pediu desculpas à M1, tentando justificar sua atitude, dizendo que não eram todas as Enfermeiras que tinham esse cuidado com as pacientes graves.</p>
	Situação 4: Opressor: médico	<p>M1 pediu que o anestesista avaliasse uma paciente asmática, sob monitorização contínua, pois ela estava muito</p>	<p>Silenciamento – O médico não deu oportunidade para M1 conversar com ele e saiu sem avaliar a paciente.</p>

	Oprimida: Enfermeira Obstétrica M1	cansada e em ar ambiente. Ele disse que M1 era muito agoniada e saiu sem avaliar a paciente. Depois, o médico procurou a coordenadora de Enfermagem para questionar o motivo de M1 ser tão agoniada.	
	Gênero		
	Situação 5: Opressor: mulher (paciente) Oprimida: mulher (M1)	A parturiente não queria que M1 a examinasse, porque ela era mulher e tinha as unhas grandes, e pediu para chamar o médico. M1 ficou irritada com a situação.	Confrontou a opressora – M1 mostrou as unhas, que estavam curtas, para a parturiente e explicou que estava ali para cuidar bem dela.
	Orientação sexual		
	Situação 6: Opressora: mulher Oprimidas: casal de lésbicas	A técnica se afastava em prestar o cuidado à parturiente e sua companheira devido à orientação sexual das duas (casal de lésbicas).	Confrontou a opressora – M1 questionou a técnica de Enfermagem por ter se afastado do cuidado e disse que não aceitava aquele tipo de comportamento em sua equipe. A técnica questionou como a mulher teria engravidado.
DESIGUALDADES INTERSECCIONAIS	Gênero e Obesidade		
	Situação 7: Opressor: homem Oprimida: mulher obesa	O médico constrangeu a técnica de Enfermagem por ela ser mulher e obesa, dizendo que ela ocupava muito espaço e isso atrapalhava o serviço. Além disso, a técnica era nova no setor e, ao perguntá-lo onde ficavam alguns materiais, ele havia sido grosseiro com ela.	Dialogou com a oprimida e profissionais de outra instância do hospital (chefia) – M1 auxiliou a vítima, levando o caso para sua coordenadora de Enfermagem, juntamente com ela.
	Gênero e Multiparidade		
	Situação 8: Opressor: homem Oprimida: mulher múltipara	O médico despediu-se da puerpera, múltipara, que tinha ganhado o quinto filho, e que estava indo embora após alta hospitalar, dizendo que a esperava no próximo ano, quando ela, supostamente, voltaria para ter o sexto filho.	Silenciamento - M1 estava passando pelo local quando viu a situação. Optou por não se envolver.
Orientação sexual e Ausência de acompanhante			

	<p>Situação 9:</p> <p>Opressora: mulher Oprimida: mulher lésbica, sem acompanhante</p>	<p>A técnica de Enfermagem chamava a parturiente de homenzinho e disse que era a Enfermeira Obstétrica M1 quem ficaria cuidando dela. M1 ficou preocupada se a mulher teria ouvido. Por fim, achou bom o fato de a técnica de Enfermagem não ter ficado na sala de parto. M1 sentiu como uma punhalada e ficou preocupada de a mulher ter escutado.</p>	<p>Confrontou a opressora – M1 questionou a técnica de Enfermagem por ter chamado a parturiente de homenzinho, e a mesma insistiu em dizer que ela era mesmo, ainda questionando como ela teria engravidado.</p>
<p>NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES</p>	<p>Classe socioeconômica</p>		
	<p>Situação 10:</p> <p>Envolvidos: médico e profissionais da equipe de Enfermagem incluindo M1</p>	<p>M1 e técnicos de Enfermagem ofereceram ao médico se ele queria comprar a mesma pizza que elas, que tinha um valor acessível. Ele se recusou e disse que compraria a própria pizza, pois aquela daria dor de barriga.</p>	<p>Silenciamento – M1 ficou em dúvida se foi uma situação de preconceito do médico com relação à questão financeira. Ela e suas colegas não conversaram sobre o caso.</p>

Matriz - Situações de Desigualdades (M2)			
	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	Classe socioeconômica		
	<p>Situação 1:</p> <p>Opressores: médicos</p> <p>Oprimidos: técnicos de Enfermagem</p>	<p>Os técnicos de Enfermagem sentiram-se menos valorizados por receberem menos do que os outros profissionais. Não foram chamados pelos médicos para participarem das fotos de uma campanha contra o coronavírus, que foi feita no hospital.</p>	<p>Dialogou com os oprimidos– M1 explicou que o motivo de não terem sido chamados não foi a questão de receberem menos, até porque ela tinha sido chamada. Foi porque não sabiam que eles estavam no centro cirúrgico no momento.</p>
NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES	Não percebeu mais situações de desigualdades		
	<p>Situação 2:</p> <p>Envolvidos: profissionais da equipe</p>	<p>M2 relata que não viveu ou não soube de mais situações de desigualdade em seu ambiente de trabalho, citando dois colegas de trabalho – um enfermeiro que é homossexual, respeitado pela equipe; e um médico que trabalhava com ela, que era muito respeitoso, tratava bem a todos e por isso, não percebia situações de desigualdade em seus plantões.</p>	<p>Não percebeu mais situações de desigualdades.</p>

Matriz - Situações de Desigualdades (M3)			
NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
	Não vivenciou de Raça e Gênero		
	Situação 1: Envolvidos: Enfermeira Obstétrica M3 e seus colegas de profissão	M3 diz que acredita ser a única negra que não sofreu nenhum tipo de preconceito; nem seus colegas de trabalho nunca lhe contaram situações ocorridas com eles, relacionadas à raça e gênero. Reconhece que foi privilegiada, por vir de uma família negra, e ter tido a oportunidade de se dedicar aos estudos, sem precisar estudar e trabalhar ao mesmo tempo, assim como muitos de seus colegas. Era a única negra da sua classe de aula do ensino médio à faculdade, mas nunca percebeu preconceito com relação a isso. Percebe que há muito mais pessoas brancas ocupando os lugares na sociedade em geral. Fala de sua tristeza em saber que existe desigualdade social no Brasil e que nossa cultura nos faz deixar de perceber que essas coisas existem.	Reconhecimento de seus privilégios – M3 costuma dizer para as pessoas que é negra e é muito privilegiada de onde está, porque, de onde ela veio, muita gente não chegou aonde ela chegou.
	Dúvida: Gênero? Vergonha?		
	Situação 2: Envolvidos: mulheres (pacientes) e Enfermeiros (homens)	M3 acredita que os homens que atuam na área da obstetrícia sofrem um pouco mais de preconceito. Ela conta a situação de uma gestante que não quis ser atendida pelo enfermeiro durante uma consulta de pré-natal. M3 teve dúvida se aquela situação era preconceito ou vergonha, pelo fato de a paciente não saber diferenciar o profissional do homem/sexo masculino.	Dialogou e auxiliou os envolvidos - M3 entrou com a gestante no consultório e teve que intervir, para que o enfermeiro conseguisse dar continuidade em sua consulta.
	Dúvida: Classe socioeconômica? Nível de escolaridade?		
Situação 3: Envolvidos: técnicos	Os técnicos de Enfermagem que estão cursando faculdade de Enfermagem excluem os técnicos de Enfermagem que não estão cursando, por exemplo, nos	Silenciamento – M3 observa essa situação de longe, optando por não se envolver, até por não saber se pode mesmo considerar tal situação como de desigualdade.	

	de enfermagem que cursam o Ensino Superior e técnicos de Enfermagem que não cursam o Ensino Superior	momentos das refeições. M3 tem dúvidas se isso pode se relacionar à desigualdade social ou se é apenas questão de afinidade entre eles. Ela se sente triste, pois acredita que em nossa cultura, muitas vezes, não nos deixam perceber que essas desigualdades existem.	
--	--	---	--

Matriz - Situações de Desigualdades (M4)			
	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
DESIGUALDADES INTERSECCIONAIS	Gênero e Classe profissionais		
	Situação 1: Opressoras: técnicas de Enfermagem (mulheres) Oprimidas: pacientes (mulheres)	As técnicas de Enfermagem mais antigas do serviço, que se intitulavam de parteiras, utilizavam um linguajar preconceituoso com as mulheres para quem prestavam assistência e não as tratavam bem, replicando o modelo de assistência que aprenderam.	Dialogou com as opressoras – M4 e suas colegas Enfermeiras Obstétricas realizaram capacitação para assistência às mulheres e bebês. Inclusive, seu Trabalho de Conclusão de Curso foi sobre fluxo e protocolos para a instituição.
	Situação 2: Opressores: médicos (homens) Oprimidas: pacientes (mulheres)	Alguns médicos realizavam práticas violentas durante a assistência à mulher, como manobra de Kristeller e puxo dirigido.	Confrontou os opressores – M4 disse que se negava a fazer essas práticas e que sua equipe de Enfermagem também não faria.
	Gênero, Raça e Classe profissionais		
	Situação 3: Opressor: médico (homem) Oprimida: paciente negra (mulher)	O médico disse para a parturiente que seu bebê estava em sofrimento fetal e tinha que fazer cesariana, ainda que a paciente pedisse para ter o parto normal. Porém, de acordo com M4, não tinha sofrimento fetal. M4 sentiu-se indignada e impotente.	Silenciamento – M4 ficou paralisada diante da situação. Diz que é tão forte a imposição masculina em algumas coisas que é como se fosse extensivo a ela e a outras mulheres a condição de mulher e de não ter voz atuante.
	Gênero e Identidade de gênero		
	Situação 4: Opressora: mulher (técnica de Enfermagem) Oprimida: mulher transexual (acompanhante da parturiente)	A técnica de Enfermagem não queria autorizar a acompanhante da parturiente a permanecer com ela, por ser uma mulher transexual. Porém, a acompanhante sabia de seu direito e lutou por ele, conseguindo ficar. M4 diz que a questão é mais de gênero. De raça tem, mas, atualmente, as pessoas ficam com medo de falar que têm racismo, ficando mais nas entrelinhas. Relata que,	Silenciamento – a própria acompanhante da parturiente resolveu sua situação.

		onde trabalha, há muitos médicos e técnicas de Enfermagem misóginos, com preconceito de raça e orientação sexual.	
	Gênero e Raça		
	<p>Situação 5: Opressores: homens e mulheres (colegas de trabalho) Oprimidas: técnicas de Enfermagem negras</p>	<p>M4 diz que percebe colegas de trabalho se referindo às técnicas de Enfermagem como “É preta” e até mesmo dizendo que não ajudam no processo de trabalho. Ela percebe que a desigualdade de gênero é mais forte, pois a desigualdade por raça fica mais nas entrelinhas, não são explícitas, até porque as pessoas têm medo das consequências para si.</p>	<p>Diálogo com os opressores – M4 costuma dizer que não entendeu o que o opressor disse; não ri da fala. Percebe que o opressor tende a reformular o discurso para amenizar o que foi dito.</p>
	Raça, Classe socioeconômica e Escolaridade		
	<p>Situação 6: Opressores: médicos Oprimidas: pacientes negras, pobres e com baixa escolaridade</p>	<p>M4 fala de quando foi convocada pelo Ministério Público para falar sobre o grande número de cesáreas que aconteciam em determinados plantões. Ela considera uma fábrica de dinheiro para os médicos. Na percepção dela, mulheres pretas e pardas, de menor poder aquisitivo e menor nível de escolaridade são as que têm mais parto normal, pelo fato de serem deixadas em conduta expectante. A cesárea a pedido acaba sendo realizada em maior quantidade nas pacientes que frequentam os consultórios particulares dos médicos, que também trabalham no hospital de M3 e que é bem vista por parte delas.</p>	<p>Diálogo com outras instâncias – M4 foi convocada pelo Ministério Público e falou sobre a situação vivida no hospital, apesar do medo de consequências para ela.</p>

Matriz - Situações de Desigualdades (M5)			
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
	Etnia		
	Situação 1: Opressores: médicos Oprimidas: pacientes haitianas	M5 relata que mulheres haitianas que procuram a maternidade, muitas vezes são motivo de chacota para profissionais da equipe. Fala de quando uma mulher haitiana estava em trabalho de parto, os médicos queriam realizar o toque vaginal mesmo sem ela querer. Ela tirava a mão deles, mas eles insistiam em colocar.	Confrontou os opressores e auxiliou a paciente – M19 disse aos médicos que ela tinha o direito de não querer que eles realizassem o toque vaginal e que o bebê iria nascer de qualquer jeito.
	Classe socioeconômica		
	Situação 2: Opressores: médicos Oprimidas: pacientes pobres	M5 fala da diferença na forma de tratar as mulheres, de acordo com sua condição socioeconômica/financeira. Mulheres com maior poder aquisitivo, que fazem o pré-natal particular no consultório dos médicos são melhor tratadas a mulheres com baixo poder aquisitivo. Na assistência às mulheres mais pobres, os médicos realizam mais procedimentos desnecessários, mandam a mulher calar a boca porque ela está gritando demais. M19 acha essa situação revoltante.	Silenciamento – M5 optou pelo silenciamento.
	Classe profissional		
Situação 3: Opressora: médica Oprimida: Enfermeira Obstétrica M5	M5 conta a situação em que as técnicas de Enfermagem chamaram a médica para avaliar uma paciente, que segundo elas, já estava sofrendo em trabalho de parto. Quando a médica chegou, ela ignorou a presença de M5 e sua avaliação da paciente. Disse que iria realizar o toque vaginal na mulher e ajudá-la. Ao tocá-la, a médica disse estar com seis centímetros de dilatação, sendo que M5 e uma residente, que estava como chefe do plantão no momento, tinham avaliado anteriormente como oito. A médica indicou cesárea, ainda que a paciente desejasse o parto normal. M5 sentiu-se travada, a	Confrontou os opressores - M5 disse à médica que não concordava com o toque vaginal que ela realizou e que não aceitava que ela menosprezasse seu trabalho e postura diante da paciente. Além disso, que a paciente tinha o direito de optar pelo parto normal e era isso o que ela queria. M5 também questionou a residente que tinha feito a avaliação juntamente com ela. Porém, a residente disse que era pra M5 acabar a discussão, porque havia a chance de elas terem mesmo errado o toque e da médica estar	

		ponto de pensar em desistir de atuar. A partir daí, essa mesma médica começou a boicotá-la, indicando cesárea em todas as pacientes do plantão em que M5 estava.	certa.
	<p>Situação 4: Opressor: médico Oprimida: Enfermeira Obstétrica M5</p>	M5 relata que o médico disse que não discutiria o caso da mulher com a Enfermagem Obstétrica. Ela queria discutir os casos não por desejo dela, mas pela necessidade das pacientes. Por exemplo, quando identificou uma taquicardia fetal que evoluiu para bradicardia, e quando ela estava conduzindo o trabalho de parto e ele disse que estava demorando demais e tinha que ser feito algo para resolver. M5 se sentiu desmotivada e relata que a situação mexeu muito com ela.	Silenciamento – M5 optou pelo silenciamento.
DESIGUALDADES INTERSECCIONAIS	Raça, Classe socioeconômica, Ser usuária de drogas, Ausência de acompanhante		
	<p>Situação 5: Opressor: médico Oprimida: paciente negra, pobre, usuária de drogas e sem acompanhante</p>	M5 relata que a paciente negra, de classe social baixa, usuária de drogas, sem acompanhante, chegou em período expulsivo e os médicos encaminharam-na para a sala de cirurgia em vez da sala de parto, no intuito de realizarem “Fórceps pedagógico”. Com a negação da paciente, após orientação de M5, queriam fazer uma episiotomia. Quando perceberam que não conseguiriam, saíram da sala, permanecendo apenas uma residente com M5. O parto evoluiu sem intercorrências e a mulher não teve laceração. M5 disse que foi a maior briga que comprou com um médico, mas que precisava fazer em defesa da paciente, pois percebeu que eles estavam querendo aproveitar da sua situação de vulnerabilidade.	Confrontou os opressores e auxiliou a paciente – M5 percebeu que não havia necessidade dos procedimentos e falou isso no ouvido da parturiente, perguntando-a se ela queria que fossem realizados. A paciente não quis. A justificativa dos médicos era que a paciente estava descompensada e não ia ver o que eles fizessem. Mas M5 disse que ela estava vendo e que ela ficaria cuidando da mulher.
NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES	Dúvida: Raça?		
	<p>Situação 6: Envolvidos: membros da diretoria do hospital e a Enfermeira Obstétrica M5</p>	No início da entrevista, M5 relata que não vivenciou situações de desigualdade ligadas à raça. Porém, mais para o final da entrevista, diz que ocorreu uma situação com ela que não tinha certeza se estava relacionada à raça. Situação essa que até fez com que ela pensasse em desistir de atuar. M5 diz que foi indicada pela equipe para assumir a coordenação de um projeto de violência sexual na maternidade, no entanto, a diretoria não aprovou. M5	Confrontou os opressores – M5 disse que, como não era considerada capaz para assumir a coordenação de um projeto de violência sexual, não queria mais ser chefe do setor de Urgência e Emergência Obstétrica e que desejava ir para a atuação como Enfermeira Obstétrica no pré-parto e parto.

		<p>sentiu-se desvalorizada. Além disso, ela comenta sobre outros momentos, antes do CEEOI, em reuniões de chefia em que sentia não ter voz, por não ter embasamento científico. Após o CEEOI, quando falava, muitas vezes tinha que se fazer ouvir, pois era ignorada.</p>	
--	--	--	--

Matriz - Situações de Desigualdades (M6)			
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
	Raça		
	<p>Situação 1: Opressores: profissionais da equipe de outro hospital Oprimida: Enfermeira Obstétrica M6 negra</p>	<p>M6 fala de quando uma equipe de captação de órgãos de outro hospital que chegou no setor em que ela atuava, procurando pela Enfermeira e, apesar dela estar ali e tê-los cumprimentado, a equipe dirigiu-se para discutir o caso com a anestesista, que era uma mulher branca, de olhos azuis.</p>	<p>Confrontou os opressores – M6 se apresentou como Enfermeira, questionando em que poderia ajudá-los e demonstrando que ela, como negra, pode ser Enfermeira.</p>
	<p>Situação 2: Opressora: uma colega de trabalho Oprimida: Enfermeira Obstétrica M6 negra</p>	<p>M6 fala de quando uma colega de trabalho lhe chamou de neguinha e, quando ela disse que tinha nome, a colega falou que era uma forma carinhosa de se dirigir a ela. M6 diz que sente vontade de, cada vez mais, demonstrar que pessoas negras(os) são também inteligentes e capazes de conseguir o que querem, e que a cor não quer dizer nada.</p>	<p>Confrontou a opressora – M6 disse que tinha nome, demonstrando que não tinha gostado de ser chamada de neguinha. Ainda questionou se a colega de trabalho acharia carinhoso se ela lhe chamasse de amarelinha.</p>
	<p>Situação 3: Opressoras: pessoas conhecidas de M6 Oprimidos: Enfermeira Obstétrica M6 negra e seus filhos brancos</p>	<p>M6 fala de certa vez que estava em uma roda de conversas, e começou a falar sobre seus filhos, que são brancos como o pai deles, e mostrou a foto deles às pessoas que participavam. Diz que surgiram comentários questionando se eram mesmo filhos dela, se não teriam sido trocados na maternidade e que eles eram bonitos.</p>	<p>Confrontou os opressores – M6 disse que os filhos eram dela, explicando que o pai deles era branco e que não tinha sido ela a pintá-los.</p>
	Classe socioeconômica		
	<p>Situação 4: Opressores: colegas de trabalho Oprimidas: pacientes pobres</p>	<p>M6 fala que muitas mulheres com baixa condição financeira ficam surpresas com a hotelaria da maternidade e questionam se irão precisar pagar para usufruir dela. Além disso, muitas vezes são orientadas de forma inadequada, por exemplo, a permanecer deitadas no leito durante todo o trabalho de parto.</p>	<p>Dialogou e auxiliou as pacientes – M6 explica para a mulher o que ela pode fazer no processo do trabalho de parto e parto e que ela não está fazendo favor a elas.</p>

	<p>Situação 5: Opressores: colegas de trabalho Oprimida: paciente pobre</p>	<p>M6 fala de quando atendeu uma gestante no pré-natal, quando ainda não era Enfermeira Obstétrica, que estava em sua terceira gestação, e dizia que não iria ter o parto na maternidade, devido aos traumas das experiências nas assistências dos partos anteriores. M6 não conseguiu convencê-la e ela acabou tendo o bebê em casa, sem suporte profissional; ele chegou a cair dentro do vaso sanitário.</p>	<p>Auxiliou a paciente - M6 e o motorista da ambulância foram comunicados sobre o parto ocorrido em casa e buscaram mãe e bebê, prestaram os cuidados iniciais, juntamente com a parteira que estava lá quando eles chegaram, e os levaram para o hospital de referência.</p>
	<p>Situação 6: Opressores: médicos Oprimidas: pacientes pobres e seus acompanhantes</p>	<p>M6 fala que, na maternidade privada, os médicos não gostam da presença do acompanhante. No parto normal, ele está presente, mas na cesárea, eles não têm autorizado sua entrada no centro cirúrgico. Cita também sobre essa situação em outro local onde trabalhou, em que o médico também não autorizava e chegou a empurrar alguns deles para impedir sua entrada.</p>	<p>Dialogou com os opressores e auxiliou as pacientes – M6 conversou com a equipe sobre os benefícios do acompanhante e sobre a lei, incentivando-os a procurarem saber mais sobre o assunto. Além disso, disse que não mais iria mentir para os acompanhantes, dizendo que o motivo dele não entrar no centro cirúrgico era de que não havia roupa. Propôs que o Enfermeiro orientaria o acompanhante sobre como proceder dentro do centro cirúrgico.</p>
<p>DESIGUALDADES INTERSECCIONAIS</p>	<p>Classe socioeconômica e Raça</p>		
	<p>Situação 7: Opressores: colegas de trabalho Oprimida: paciente pobre e negra</p>	<p>M6 fala de quando recebeu uma jovem de 14 anos, negra, pobre, que ficava só calada. Quando comentou com a mãe da menina sobre isso, ela disse que tinha orientado a filha a não gritar, senão a equipe ia maltratá-la. M6 sentiu a situação como uma facada.</p>	<p>Dialogou e auxiliou a paciente – M6 explicou para a jovem que ela quem estava sentindo a dor e que poderia gritar se quisesse. Além disso, orientou-lhe sobre respiração e boas práticas.</p>

Matriz - Situações de Desigualdades (M7)			
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
	Raça		
	Situação 1: Opressoras: médicas Oprimida: paciente negra	<p>A médica e a pediatra chamaram M7 para ver a genitália da parturiente que era muito preta, segundo elas, fora do normal, azul. M7 achou o comentário terrível.</p>	<p>Confrontou as opressoras – Disse a elas que aquilo era racismo e que era uma atitude muito feia.</p>
	Situação 2: Opressores: colegas de trabalho Oprimidas: paciente negra	<p>A paciente reclamou da assistência recebida e os colegas de trabalho chamaram-na de negra mole, “reclamação”. Ela ficou sem entender, até porque as pessoas que fizeram o comentário também eram negras.</p>	<p>Confrontou as opressoras – Disse a eles que era uma atitude feia, orientando-os a se colocar no lugar da paciente e a ter cuidado porque a paciente poderia processá-los e M7 poderia denunciá-las ao Comitê de Ética.</p>
	Situação 3: Opressora: médica Oprimida: técnica de Enfermagem negra	<p>A técnica de Enfermagem foi chamar a médica, que estava no descanso, para avaliar alguma paciente. A médica achou ruim por tê-la chamado e referiu-se à técnica como “aquela negra abusada”.</p>	<p>Dialogou e auxiliou a técnica de Enfermagem – Juntamente com os colegas que estavam no momento da fala da médica, M7 contou para a técnica o que tinha acontecido, assim que ela retornou do descanso. A técnica reclamou na ouvidoria. Posteriormente, a médica foi chamada pela ouvidoria da maternidade, mas M7 não sabe o que aconteceu depois disso.</p>
	Classe profissional		
	Situação 4: Opressora: médico Oprimida: Enfermeira Obstétrica M7	<p>M7 fala que há uma resistência muito grande com relação à autonomia da Enfermeira Obstétrica. No início, ela diz que os médicos colocavam ocitocina para as mulheres usarem, a fim de que o parto deixasse de ser de risco habitual e as Enfermeiras Obstétricas não pudessem assistir à mulher no momento do parto.</p>	<p>Confrontou os opressores – M7 e suas colegas Enfermeiras Obstétricas continuaram prestando assistência a todas as mulheres, independentemente de estarem usando ocitocina ou não.</p>

Matriz - Situações de Desigualdades (M8)			
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
	Classe socioeconômica		
	Situação 1: Opressores: colegas de trabalho Oprimidas: pobres pacientes	M8 conta sobre falas negativas e preconceituosas de colegas de trabalho para as mulheres pobres atendidas no contexto do parto. Ela se sente revoltada quando escuta.	Silenciamento – M8 optou pelo silenciamento.
	Situação 2: Opressores: colegas de trabalho Oprimidas: pobres pacientes	M8 relata que as mulheres chegam muito desinformadas e que, às vezes, a mãe dela fala para não gritar, que é melhor para ela. Fala que essa mulher já chega assim do pré-natal.	Auxiliou as pacientes e dialogou com os colegas de trabalho – M8 orientou as mulheres sobre a liberdade de posição, de escolha por gritar ou não, e expôs essa postura para outros colegas de trabalho.
	Situação 3: Opressores: médicos Oprimidas: pobres pacientes	M8 relata que sente uma tristeza em relação às cesarianas no Brasil, pela falta de informação das mulheres sobre isso, dando a entender que parto normal é para pobre e cesariana é para rica. Fala de quando conseguiu mudar a opinião de uma amiga que tinha uma cesárea anterior de três anos a parir normal. Observa que quem tem poder aquisitivo mais alto realiza o pré-natal privado com médico e não recebe informação sobre o parto normal. E, na Atenção Básica, para as pessoas que não têm acesso, muitas vezes nem realizam o pré-natal, devido, por exemplo, à falta de profissionais, elas chegam muito desinformadas.	Auxiliou a amiga gestante – M8 orientou sua amiga sobre o parto normal e conseguiu com que ela mudasse a ideia de fazer cesárea e optasse por um parto normal.
Situação 4: Opressores: colegas de trabalho Oprimidas: pobres pacientes	M8 relata que, no privado, todo mundo entrava para acompanhar a mulher. Mas, no público, as mulheres não tinham direito de registrar aquele momento, de falar com a família e de ter um acompanhante do sexo masculino. Isso porque diziam que não tinha espaço no pré-parto e que a maternidade não conseguia acolher o acompanhante de livre escolha.	Dialogou com seus colegas de trabalho – M8 falou que era para eles testarem se realmente não cabia o acompanhante. Em uma reunião na gestão, o diretor decidiu por dizer a todos que iriam começar a respeitar o direito do acompanhante de livre escolha da mulher, autorizando a entrar quem ela quisesse.	

Classe profissional		
<p>Situação 5: Opressor: médico Oprimida: Enfermeira Obstétrica M8</p>	<p>M8 diz que estava prestando assistência a uma parturiente, no período expulsivo, quando o médico chegou e calçou as luvas. A paciente pediu para que M8 não deixasse ele tocá-la e colocou suas mãos sobre seu períneo. M8 disse ao médico que o bebê já estava nascendo e que a mulher não queria ser tocada, além do que já tinha sido avaliada há 15 minutos. Porém, o médico disse à paciente que ele era médico, que ele era responsável por ela e tinha o domínio sobre ela, e que as Enfermeiras Obstétricas colocavam as mulheres para parir na banqueta, rasgavam seus ânus e depois não sabiam costurar.</p>	<p>Confrontou o opressor, auxiliou a paciente e foi chamada pelo Comitê de Ética da maternidade por ser acusada pelo médico de violência obstétrica – M8 disse ao médico que ele não precisaria falar isso com a paciente, pois ela tinha competência para suturar lacerações de 1º e 2º graus, e, caso houvesse de 3º grau, ele suturaria. Também explicou para a paciente e sua sogra a situação, dizendo sobre sua competência e respaldo e que, de forma alguma, a colocaria em uma situação de perigo. M8 registrou a situação no livro de ocorrências do plantão. O médico também fez seu registro, dizendo que M8 tinha cometido violência obstétrica. M8 foi chamada pelo Comitê de Ética da maternidade e explicou todo o ocorrido. A situação foi esclarecida. Ainda assim, ela optou por pedir demissão da maternidade, pois não queria mais viver aquelas situações.</p>
<p>Situação 6: Opressor: médico Oprimida: Enfermeira Obstétrica M8</p>	<p>M8 relata que teve uma discussão com o mesmo médico da situação anterior com relação à prioridade da assistência de uma adolescente de 13 anos, vítima de violência, com múltiplos parceiros. Isso porque M8 queria que ela fosse atendida na ficha vermelha, rapidamente, e o médico ficou postergando o atendimento.</p>	<p>Abandonou o plantão na maternidade – M8 diz que estava tão chateada com tantas discussões que foi embora do plantão, pela primeira vez. Ela relatou tudo e disse que preferia responder pelo abandono, mas não aguentava mais viver aquelas situações.</p>
Portadora de visão monocular		
<p>Situação 7: Opressores: colegas de trabalho Oprimida: Enfermeira Obstétrica M8</p>	<p>M8 relata que tem vivido alguns preconceitos, quando as pessoas falam que ela é inteligente e que nem parece ter visão monocular; às vezes, elas nem acreditam, porque ela se locomove bem e isso não lhe atrapalha em suas atividades.</p>	<p>Dialogou com os opressores – M8 conversou com eles sobre o fato de ser portadora de visão monocular e como isso não a prejudica em suas atividades.</p>
Competência profissional		

	<p>Situação 8: Opressores: colegas de trabalho, incluindo a Enfermeira Obstétrica M8 Oprimidas: pacientes mulheres</p>	<p>M8 fala que não havia protocolo para realização da ausculta fetal na maternidade. Em um plantão, uma paciente ficou sem ser auscultada por cerca de 2 horas. Quando M8 e sua amiga Enfermeira Obstétrica foram auscultar, não havia batimentos. A mulher foi para a cesárea de urgência, mas o bebê nasceu morto.</p>	<p>Interviu para padronizar a ausculta intermitente- M8 elaborou seu projeto de intervenção do CEEOil com o tema ausculta intermitente no trabalho de parto e parto, além da utilização de métodos de alívio da dor. Ela criou uma folha anexa ao prontuário, com o desenho de uma barriga, onde seriam registrados os batimentos cardíacos fetais e a ausculta tem sido realizada de forma mais padronizada.</p>
DESIGUALDADES INTERSECCIONAIS	Raça e Classe socioeconômicas		
	<p>Situação 9: Opressores: médicos Oprimidas: pacientes negras e pobres</p>	<p>M8 relata que a maioria dos médicos das maternidades privadas é também das públicas. Diz que, muitas vezes, via mulheres mais arrumadas, maquiadas, bem vestidas, serem colocadas diretamente à frente na classificação para atendimento. Diante disso, as outras mulheres que aguardavam pelo atendimento tinham diversas reações, como silenciarem-se, reclamarem, chamarem a polícia. M8 sente-se envergonhada de contar a situação.</p>	<p>Silenciamento – M8 optou pelo silenciamento.</p>
NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES	Não percebeu a situação como de desigualdade pela Raça		
	<p>Situação 10: Envolvidos: colegas de trabalho</p>	<p>A amiga de M8, Enfermeira Obstétrica, atua na maternidade há anos e desabafou com ela que não é chamada para capacitações e outras atividades, porque é negra, e não gostam dela.</p>	<p>M8 não percebeu a situação como relacionada à raça.</p>

Matriz - Situações de Desigualdades (M9)			
DESIGUALDADES INTERSECCIONAIS	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
	Classe socioeconômica e Raça		
	<p>Situação 1: Opressor: médico Oprimidas: pacientes pobres e negras</p>	<p>Um médico comentava sobre pacientes de baixa renda e negras com ironia, dizendo que tinha que ser no Brasil para se ver as mulheres tendo tantos filhos e mães menores de idade tendo filhos. Sente que esse tipo de situação vai machucando-a.</p>	<p>Dialogou com o colega de trabalho de forma que o médico escutasse, retirou-se da sala, e comunicou com outras instâncias do hospital por meio de relatórios– M9 falava indiretamente para que o opressor ouvisse (assim como ele fazia) que não concordava com aquilo e saía do local. M9 fazia relatórios sobre as situações que a incomodavam para entregar para sua chefia. Outros profissionais da sua equipe também estavam fazendo relatórios de reclamação. Posteriormente, os profissionais que não se adequaram ao processo de trabalho da instituição foram demitidos.</p>
Não percebeu mais situações de desigualdades			
NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES	<p>Situação 2: Envolvidos: equipe de trabalho e mulheres cuidadas</p>	<p>M9 relata que a equipe de trabalho mudou bastante, pois tiveram profissionais demitidos e novos contratados. Na nova equipe, cada um respeita o outro e aceita discutir sem desigualdades, por um ser médico e a outra enfermeira. Por isso, relata não terem mais situações de desigualdades.</p>	<p>Não percebeu mais situações de desigualdades.</p>

Matriz - Situações de Desigualdades (M10)			
	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	Raça		
	<p>Situação 1: Opressores: colegas de trabalho Oprimida: Enfermeira Obstétrica negra M10</p>	<p>Quando M10 iniciou no hospital, só tinham ela e uma colega Enfermeira Obstétrica negra. Depois, essa Enfermeira saiu e ela ficou se sentindo sozinha, como única negra. Atualmente, ela fica feliz porque são cinco Enfermeiras Obstétricas negras.</p>	<p>Silenciamento – M10 guardava para si o sentimento de solidão por ser a única negra Enfermeira Obstétrica e ficou feliz porque, atualmente, não está mais sozinha.</p>
	<p>Situação 2: Opressoras: pessoas brancas Oprimidas: Enfermeira Obstétrica negra M10 e sua filha</p>	<p>Quando a filha de M10 nasceu, ela tinha cor de pele clara e, como M10 e o marido são negros, as pessoas faziam brincadeiras/comentários preconceituosos sobre a filha ter nascido assim (eram sempre pessoas brancas).</p>	<p>Confrontou os opressores – M10 disse que todos ficaram rindo, porém, ela não riu e ainda disse que não tinha entendido a brincadeira/ comentário. Assim, as pessoas ficaram sem graça.</p>
	<p>Situação 3: Opressora: colega de trabalho Oprimida: paciente negra</p>	<p>Colega de trabalho durante a degermação de uma paciente negra para cesariana disse que não adiantava esfregar, porque a cor não sairia.</p>	<p>Confrontou o opressor – M10 disse que a atitude foi racista e que não deveria se repetir.</p>
DESIGUALDADES INTERSECCIONAIS	Raça, Multiparidade e Classe socioeconômica – não tinha mais plano de saúde		
	<p>Situação 4: Opressor: médico Oprimida: paciente negra, múltipara, sem plano de saúde</p>	<p>A paciente, que era negra, múltipara, havia tido os partos anteriores pelo convênio e recebido anestesia. Quando retornou para o hospital para o quinto parto, não tinha mais convênio, e desejava alívio da dor. M10 discutiu o caso com o médico, que é o profissional que autoriza a realização da anestesia, mas ele disse que ela aguentava a dor e não autorizou. M10 sabia que ele faria mais comentários, mas como ela também é negra, ele se calou. M10 sentiu-se frustrada e sentiu dor física, por não poder</p>	<p>Confrontou o opressor – M10 conversou com o médico na tentativa da analgesia ser feita na paciente, dizendo que ela estava sentindo muita dor.</p>

		fazer mais pela mulher. M10 relatou que percebe, em geral, essa diferenciação de tratamento para pacientes negras, sem convênio e multíparas.	
			ENFRENTAMENTO COLETIVO PARA ALÉM DO SEU AMBIENTE DE TRABALHO: Acredita que são políticas públicas que irão mudar as desigualdades. O que está em suas mãos e de seus colegas de trabalho, enquanto profissionais, é melhorar a qualidade do pré-natal, orientando a mulher sobre o processo de parto e nascimento, para que ela se sinta mais preparada para esse momento.

Matriz - Situações de Desigualdades (M11)			
	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	Classe profissional		
	Situação 1: Opressor: médico Oprimida: Enfermeira Obstétrica M11	M11 fala da dificuldade que tem com um médico obstetra que se mostra contrário às ideias e condutas dela e sempre coloca vários entraves à implementação de mudanças no serviço. Comenta também que os médicos, por ignorância e falta de humildade, nunca admitem que estão errados em nenhuma situação.	Silenciamento – M11 optou pelo silenciamento, mas tentou demonstrar que não gostou da fala e conduta do médico pela expressão facial e saindo do ambiente onde estava o opressor.
DESIGUALDADES INTERSECCIONAIS	Classe profissional e Questões políticas		
	Situação 2: Opressora: médica Oprimida: Enfermeira Obstétrica M11	M11 fala de quando uma profissional da maternidade solicitou que M11 fosse realocada de setor, de forma inesperada, e ela não recebeu justificativa sobre essa decisão. Diz que a questão política influencia muito nessas decisões. Depois, foram surgindo situações de urgência no serviço, que precisavam de alguém que soubesse conduzi-las, e a própria profissional pediu para que M11 retornasse ao setor.	Silenciamento – M11 optou pelo silenciamento.
	Classe socioeconômica e Raça		
	Situação 3: Opressores: colegas de trabalho Oprimidas: pacientes pobres e negras	M11 fala sobre a diferença de tratamento por parte dos colegas de trabalho às pacientes brancas e de classe social mais favorável (com boa vontade e cara boa), das pacientes negras e de classe menos favorecidas. Relata que dá para perceber no rosto dos opressores mudança ao ver as negras e pobres. Sente-se incomodada e mal.	Auxiliou a vítima – M11 diz que, quando presencia essas situações, ela trata melhor ainda a paciente: “coloca no colo”.
Não vivenciou situações de desigualdade devido à Classe socioeconômica			

NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES	Situação 4: Envolvidos: M11, colegas de trabalho e pacientes mulheres	M11 diz não ter vivenciado situações de desigualdade relacionadas à classe socioeconômica, até porque a população que atende é muito humilde. Embora tenha dito isso quase ao final da entrevista, anteriormente, M11 havia citado a situação 3, onde apontou a classe econômica como uma forma de opressão.	Não percebeu situações de desigualdade relacionadas à classe socioeconômica.
	Não vivenciou situações de desigualdade devido ao Gênero		
	Situação 5: Envolvidos: M11, colegas de trabalho e pacientes mulheres	M11 diz não ter vivenciado situações de desigualdade relacionadas ao gênero, até porque, na maternidade, grande parte é mulher; só tem dois obstetras homens.	Não percebeu situações de desigualdade relacionadas ao gênero.

Matriz - Situações de Desigualdades (M12)			
	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	Orientação sexual		
	Situação 1: Opressores: colegas de trabalho Oprimida: mulher lésbica	A paciente era lésbica e estava com sua companheira. Foi tratada com desdém pela equipe, tanto de enfermagem quanto médica, com comentários pejorativos. M12 relata que ela percebeu algumas falas, mas que pra ela não gerou incômodo, foi indiferente. Apesar disso, quando ela diz o que fez diante disso, fala que infelizmente, optou pelo silenciamento.	Silenciamento – M12 optou por não se envolver na situação.
NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES	Não relacionou a situação à Raça e Etnia		
	Situação 2: Envolvidos: paciente e colegas de trabalho	M12 disse que ficou sabendo que em um plantão tinha uma paciente da Angola e que as pessoas faziam comentários, por exemplo “Aquela lá da Angola, aquela africana.” Mas ela não percebeu como uma situação de desigualdade, mas sim porque a mulher tinha um nome bem complicado. M12 não sentiu nada ao saber da situação.	Silenciamento – M12 relata que não sentiu nada quando ficou sabendo do ocorrido e optou por não ser envolvido.
	Não percebeu situações de desigualdade devido à Classe socioeconômica		
Situação 3: Envolvidos: pacientes e colegas de trabalho	M12 relata que não presenciou situações de desigualdade com relação à classe socioeconômica da população atendida, até porque a maioria das pessoas é de classe mais baixa.	Não percebeu situações de desigualdades relacionadas à classe socioeconômica.	

Matriz - Situações de Desigualdades (M13)			
	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	Classe socioeconômica		
	Situação 1: Opressores: médicos Oprimidas: pacientes pobres	<p>Antes de M13 atuar como Enfermeira Obstétrica, havia casos de médicos que estavam no plantão e combinavam com as mulheres de realizarem cesáreas eletivas e pagarem a cirurgia diretamente para ele. Assim, ele ficava com o dinheiro e não repassava para a instituição. Conta o caso de sua amiga, que, mesmo orientada por M13 a não pagar o médico para realizar cesárea a pedido, o fez, pois relata que não aguentava mais sentir dor.</p>	Dialogou com sua amiga gestante – M13 orientou sua amiga gestante a não pagar o médico para fazer a cesárea a pedido.
	Classe profissional		
	Situação 2: Opressores: diretor da maternidade e coordenadora de Enfermagem Oprimidas: Enfermeiras Obstétricas, incluindo M13	<p>M13 e sua colega atuam como Enfermeiras Obstétricas, são cobradas como tal pela instituição, mas não são registradas como Enfermeiras Obstétricas em suas carteiras profissionais e nem recebem como tal. Após concluírem o CEE011, também não tiveram aumento salarial, continuando a receber como Enfermeiras Generalistas. Diz que tanto a diretoria quanto sua coordenadora não têm interesse em mudar essa situação.</p>	Confrontou os opressores – M13 disse para o diretor da maternidade e sua coordenadora de Enfermagem sobre a necessidade de seu reconhecimento e de suas colegas como Enfermeiras Obstétricas (registro na carteira e remuneração adequada).
NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES	Não percebeu situações de desigualdade devido à Raça		
	Situação 3: Envolvidos: profissionais da equipe e mulheres	<p>M13 relata que não percebeu situações de desigualdades relacionadas à raça/cor com as mulheres cuidadas.</p>	Não percebeu situações de desigualdades relacionadas à raça.

Matriz - Situações de Desigualdades (M14)			
	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	Caráter do profissional		
	<p>Situação 1: Opressora: técnica de Enfermagem Oprimida: acompanhante da paciente</p>	<p>M14 pediu para a técnica de Enfermagem auxiliar a paciente, que tinha tido uma cesárea e estava com dificuldade para amamentar. A técnica não gostou e disse que não sabia porque a mulher tinha acompanhante, sendo que ela não fazia nada. A acompanhante ouviu e M14 percebeu que ela ficou chateada.</p>	<p>Confrontou a opressora – M14 falou para a técnica de enfermagem que ela estava lá para prestar assistência e que a acompanhante não estava lá para fazer o trabalho da enfermagem.</p>
DESIGUALDADES INTERSECCIONAIS	Classe socioeconômica, Escolaridade e Necessidade de apoio psicológico		
	<p>Situação 2: Opressores: colegas de trabalho Oprimidas: pacientes pobres, com baixa escolaridade e com necessidade de apoio psicológico</p>	<p>M14 observa que mulheres com maior poder aquisitivo e maior nível de instrução são mais bem tratadas pela equipe de saúde. Ela cita o exemplo de pacientes que necessitam de apoio psicológico, que são vistas como “chacota” pela equipe, e de pacientes que reclamam da assistência recebida, que não são bem vistas.</p>	<p>Confrontou o opressor – M14 costuma dialogar no sentido de olhar a pessoa de forma integral e respeitá-la.</p>
	Gênero e Raça		
	<p>Situação 3: Opressores: homem (médico) Oprimidas: mulheres negras (pacientes)</p>	<p>Tinham duas mulheres em trabalho de parto, uma negra e uma branca. M14 e suas colegas da Enfermagem já observavam que as duas precisavam de uma avaliação e intervenção médica, pois estavam sentindo muita dor e há muito tempo em trabalho de parto. Após avaliação das duas pelo médico, ele indicou cesárea apenas para a paciente branca e disse que a paciente negra aguentaria o parto normal. M14 e suas colegas não concordaram e, quando o médico foi para o descanso e uma nova médica assumiu o</p>	<p>Auxiliou a paciente e dialogou com outra profissional (médica) – M14 atuou no cuidado às duas mulheres durante o trabalho de parto. Solicitou avaliação de outra médica obstetra para a paciente negra, após o médico tê-la avaliado e não ter indicado cesárea, afirmando que ela aguentaria o parto normal.</p>

		plantão, M14 solicitou que ela avaliasse a paciente negra. A médica indicou cesárea para ela e realizou a cirurgia.	
NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES	Não percebia situações de desigualdade devido ao Gênero		
	Situação 4: Envolvidos: colegas de trabalho e as pacientes	M14 não se atentava para situações de desigualdade de gênero vivenciadas em seu ambiente de trabalho até participar de um evento, Fórum Perinatal, que trazia discussões sobre essa temática.	Não percebia situações de desigualdade relacionadas ao gênero. Atualmente, procura ter com um olhar mais atento para identificar essas situações.
			ENFRENTAMENTO COLETIVO PARA ALÉM DO SEU AMBIENTE DE TRABALHO: Acredita na importância da educação permanente para os profissionais de saúde, que envolva discussões sobre as desigualdades – identificação e estratégias para combatê-las.

Matriz - Situações de Desigualdades (M15)			
	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
DESIGUALDADES INTERSECCIONAIS	Classe socioeconômica, Escolaridade e Caráter profissional		
	Situação 1: Opressor: médicos Oprimida: pacientes pobres e com baixa escolaridade	M15 relata que, às vezes, chegam pacientes pobres e os médicos se recusam a fazer o exame de toque vaginal, dizendo que elas não estão limpas. Porém, quando chegam pacientes com melhor condição financeira, eles tratam com mais cuidado. Diz que o padrão de assistência entre os profissionais é diferenciado e depende, além da técnica, da ética pessoal.	Auxiliou a paciente – M15 diz trazer a responsabilidade para si nesses casos. Auxilia a paciente a tomar um banho, higienizar-se, para retornar à avaliação médica. Diz que é necessário tratar as pessoas com equidade.
	Classe socioeconômica e Questões políticas		
	Situação 2: Opressor: médico Oprimida: pacientes pobres	M15 fala que o obstetra do hospital se limita a ir para fazer cesáreas, não ficando como plantonista para acompanhar o trabalho de parto das mulheres. No interior, muitos profissionais que são médicos, são políticos, utilizando a saúde como um meio mercantilista e também de favorecimento pessoal, fazendo laqueaduras e cesáreas sem necessidade.	Silenciamento – M15 optou pelo silenciamento.
	Ser surda e muda e Vítima de violência		
	Situação 3: Opressor: colegas de trabalho Oprimida: a paciente surda e muda, e vítima de violência	M15 fala da dificuldade em atender uma paciente surda e muda, que apresentava hemorragia, pois tinha sido vítima de violência. Ela tinha sido levada por terceiros. Relata sobre a fragilidade em não estarem bem preparados para esse tipo de atendimento.	Auxiliou a paciente – Mesmo com a dificuldade de comunicação com a paciente, M15 prestou assistência a ela. Mas reconheceu a necessidade de capacitação para esse tipo de atendimento.
Idade e Ser vítima de violência			

	<p>Situação 4: Opressor: colegas de trabalho Oprimida: a paciente jovem e vítima de violência</p>	<p>Uma menina de 12 anos chegou no serviço, referindo sobre uma queixa neurológica. Porém, depois descobriu que era uma somatização que ela tinha de convulsionar, devido aos abusos que sofria do padrasto. Ela não podia falar, pois a mãe e o padrasto ficavam o tempo todo por perto.</p>	<p>Auxiliou a paciente – M15 percebeu que a paciente era retraída, não queria comer e, quando comia, era em excesso.</p> <p>Dialogou com a direção do hospital – M15 solicitou uma capacitação sobre atendimento às vítimas de violência para os profissionais do serviço, mas o diretor do hospital não providenciou.</p>
	<p>Ser moradora de rua, Usuária de drogas, Orientação sexual, Ter doenças sexualmente transmissíveis, Estar em situação de abortamento e Competência profissional</p>		
	<p>Situação 5: Opressor: colegas de trabalho Oprimida: a paciente lésbica, moradora de rua, usuária de drogas, com DSTs, em situação de abortamento</p>	<p>M15 fala sobre a dificuldade do profissional em atender uma demanda excluída. Fala de quando receberam uma paciente moradora de rua, usuária de drogas, lésbica, que tinha muitas Doenças Sexualmente Transmissíveis, que foram identificadas por teste rápido. Ela não queria tomar banho e estava em situação de abortamento. Fala que, muitas vezes, são pacientes agressivos, que tem dificuldade de acolher, às vezes, as regras do hospital. Por isso, é necessário ter preparo e habilidade para atendê-las.</p>	<p>Silenciamento – M15 optou pelo silenciamento.</p>
	<p>Ser usuária de drogas e Classe socioeconômica</p>		
	<p>Situação 6: Opressor: colegas de trabalho Oprimida: a paciente pobre, usuária de drogas</p>	<p>Fala de uma paciente em trabalho de parto que disse ter fumado 20 pedras de crack. M15 acha que é uma discriminação não ter um trabalho diferenciado com essa pessoa, pois ela precisa ser cuidada diferentemente.</p>	<p>Silenciamento – M15 optou pelo silenciamento.</p>
<p>Situação 7: Opressor: colegas de trabalho Oprimida: a paciente pobre, usuária de drogas</p>	<p>M15 fala de uma mulher pobre e usuária de drogas que estava na porta do hospital, dizendo que ela não aceitava a comida que colocavam para ela e queria chutar as pessoas. M15 diz que não há na maternidade um espaço específico para o cuidado dessas pacientes.</p>	<p>Auxiliou a paciente e dialogou com os colegas - o serviço social já estava intervindo com a segurança e M15 pediu para que eles se colocassem no lugar da mulher, porque achava que não podiam ser mais um pra excluir, já que ela precisava de cuidado. M15 sentou ao lado da mulher, conversou com ela e disse que se</p>	

			preocupava com ela e que queria cuidá-la.
	Classe socioeconômica, Ser alcoólatra e Usuária de drogas		
	<p>Situação 8: Opressores: sistema de saúde Oprimidas: paciente pobre, usuária de drogas e alcoólatra</p>	<p>M15 fala de quando fez uma visita a uma mulher, com quatro dias de pós-parto. Quando chegou na casa dela, num bairro altamente violento e pobre, ela estava bêbada, o bebê estava jogado no chão e o marido estava drogado. M15 sentiu que tudo o que aprendeu de obstetrícia, naquela hora, não funcionava. Era necessário lidar com saúde mental.</p>	<p>Auxiliou a mulher e seu bebê – M11 levou a mulher e o bebê para o hospital. Providenciou uma rede de apoio para assistência à essa mulher, envolvendo psicólogo, assistente social, agente de saúde, além de cesta básica. Por um tempo, passou a fazer visitas domiciliares diárias à mulher.</p>
			<p>ENFRENTAMENTO COLETIVO PARA ALÉM DO SEU AMBIENTE DE TRABALHO: Necessidade de um trabalho multidisciplinar, uma rede intersetorial fortalecida, assistência continuada e um cuidado ampliado.</p>

Matriz - Situações de Desigualdades (M16)			
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
	Classe profissional		
	Situação 1: Opressores: colegas de trabalho Oprimida: Enfermeira Obstétrica M16	<p>M16 fala que os colegas de trabalho achavam que era gasto de dinheiro comprar produtos de aromaterapia para utilizar com as mulheres, justificando que elas não sentiam dor. Reclamavam quando ela colocava música, fechava porta ou apagava a luz; tudo na frente das pacientes. Um dia, uma técnica de Enfermagem reclamou com a direção do hospital que teve dor de cabeça com a aromaterapia utilizada por M16.</p>	<p>Dialogou com sua coordenadora – A coordenadora de Enfermagem chamou M16 para esclarecimentos e ela lhe explicou que tinha utilizado lavanda. As duas perceberam que não tinha motivos para a reclamação.</p>
	Situação 2: Opressora: técnica de Enfermagem Oprimida: Enfermeira Obstétrica M16	<p>M16 fala de quando uma técnica de Enfermagem que praticava muita violência na assistência às mulheres, virava o olho, reclamava, chegou para ela e disse que estava sentindo sua falta no plantão.</p>	<p>Auxiliou as mulheres e deu exemplo para a equipe com relação à assistência prestada – M16 e suas colegas Enfermeiras Obstétricas, ao desempenharem seu trabalho e mostrarem que as mulheres estavam sendo bem cuidadas, foi dando exemplo para a equipe.</p>
	Situação 3: Opressora: médica obstetra Oprimida: Enfermeira Obstétrica M16	<p>Na assistência de um parto, a médica obstetra fez a manobra de Kristeller em uma paciente, que teve laceração de 3º grau. M16 chamou a mesma médica obstetra da situação anterior para que ela suturasse a laceração. A médica disse que só houve a laceração porque M16 não tinha feito episiotomia.</p>	<p>Confrontou a opressora – M16 disse à médica que só houve a laceração, porque a médica fez a manobra de Kristeller. M16 disse que, após esse episódio, a médica parou de se intrometer na assistência que ela estava conduzindo.</p>
	Situação 4: Opressores: médicos Oprimida: Enfermeira Obstétrica M16	<p>M16 fala de quando recebeu a direção da maternidade em que é coordenadora a chamou para esclarecimentos sobre reclamações feitas pelos médicos com relação à assistência prestada por Enfermeiros Obstétricos.</p>	<p>Dialogou com a direção – M16 explicava a situação, demonstrando que quem tinha tomado a conduta errada ou não tinha entendido a situação era, na verdade, o médico.</p>
Situação 5: Opressores: médicos Oprimida: Enfermeira	<p>M16 fala que, na maternidade privada, a Enfermeira Obstétrica era chamada pela Enfermeira do acolhimento para conversar e acalmar as parturientes que recebiam, antes de</p>	<p>Silenciamento – M16 optou pelo silenciamento.</p>	

	Obstétrica M16	passarem pela avaliação do obstetra. Porém, dois obstetras reclamaram dessa situação para a direção da maternidade, dizendo que elas orientavam sobre o parto normal, mas que nem todas as mulheres poderiam tê-lo. M16 diz que, na verdade, eram dois médicos que não assistiam parto normal.	
	Situação 6: Opressor: médico Oprimida: Enfermeira Obstétrica M16	M16 fala de quando identificou uma distocia no trabalho de parto e solicitou a avaliação médica. Um dos médicos indicou a cesárea. Porém, outro veio e disse que não precisava, fazendo a manobra de Kristeller na parturiente e deixando-a roxa. M16 diz que se sentiu desvalorizada, diminuída e desmotivada.	Dialogou com a direção da maternidade – M16 e colegas de trabalho levaram a situação para a direção da maternidade; porém, nada foi feito.
	Situação 7: Opressor: médico Oprimida: Enfermeira Obstétrica M16	M16 fala que conseguiu mudar a percepção e assistência de um dos médicos mais violentos do município. Ele era contra as orientações e condutas dela na assistência ao parto, mas, aos poucos, foi até mesmo falando para as mulheres que podiam confiar no que M16 dissesse a elas.	Dialogou com o opressor e deu exemplo para o médico com relação à assistência prestada – M16 procurava sempre conversar com o médico utilizando-se de evidências científicas e dando exemplo.
Gênero			
	Situação 8: Opressores: colegas de trabalho Oprimidas: mulheres (pacientes)	M16 fala que, na maternidade pública, de sete plantões, em apenas dois ou três as parturientes podiam levantar-se da cama. No restante, ela permanecia, independentemente de estar suja de xixi, cocô, líquido amniótico ou sangue.	Auxiliou as pacientes – M16 oferece livre posição, estimula banho e verticalização para as parturientes.
	Situação 9: Opressora: médica Oprimida: mulher obstetra (paciente)	M16 solicitou a avaliação da médica obstetra para uma paciente que estava em período expulsivo, pois achava que o bebê estava demorando a nascer. A médica ordenou que M16 fizesse episiotomia sem anestésico, dizendo que a paciente não ia sentir. Por fim, o bebê nasceu sem necessidade de episiotomia e a mulher não teve laceração.	Confrontou a opressora – M16 negou-se a fazer a episiotomia sem anestésico e disse que ela sentiria por fazer isso.
DESIGUALDADES	Raça, Classe socioeconômica, Idade, Mulheres em situação de abortamento e Obesidade		
	Situação 10: Opressores: colegas de	M16 fala que mulheres negras, pobres, mais novas, em situação de abortamento, gordas são tratadas de forma diferente	Auxiliou as pacientes – M16 relata que, quando tinham falas violentas ou conversas paralelas no quarto, ela falava com a

INTERSECCIONAIS	trabalho Oprimidas: pacientes negras, pobres, jovens, em situação de abortamento e obesas	das outras, sendo vítimas de olhares diferenciados, caretas e comentários. M16 fala de como ela própria era extremamente técnica na assistência às mulheres em situação de abortamento, não por mal, mas por não saber como agir nessa situação. Ao mesmo tempo em que sente vergonha por fazer parte daquele cenário, sente que tinha a necessidade de estar ali para fazer a diferença naquela assistência à mulher.	paciente de forma que a equipe escutasse, a fim de que parassem com aquilo.
	Idade, Raça e Privação de liberdade		

Matriz - Situações de Desigualdades (M17)			
	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	Classe socioeconômica		
	<p>Situação 1: Opressores: colegas de trabalho. Oprimidas: pacientes pobres</p>	<p>M17 relata que, no passado, existia diferenciação de tratamento pela equipe às mulheres que pagavam pelo parto e aquelas que não pagavam. Ao mesmo tempo, relata que isso ainda acontece atualmente, quando mulheres pagam pelo parto por serem de outras cidades vizinhas ou por quererem mais privacidade e conforto.</p>	<p>Silenciamento – M17 não cita uma situação específica. Na verdade, ao mesmo tempo em que ela diz que essa desigualdade existia no passado, ela fala que atualmente mulheres ainda passam por isso.</p>
NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES	Não percebeu situações devido à Classe socioeconômica		
	<p>Situação 2: Envolvidos: colegas de trabalho e pacientes (mulheres)</p>	<p>M17 relata não ter vivenciado e nem percebido situações de desigualdade relacionadas à classe socioeconômica atualmente.</p>	<p>Não percebeu situações de desigualdade relacionadas à classe socioeconômica.</p>

Matriz - Situações de Desigualdades (M18)			
	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	Classe socioeconômica		
	Situação 1: Opressor: médico Oprimidas: paciente pobre	M18 fala do dia em que atendeu uma paciente que já tinha procurado o hospital por mais de cinco vezes e já estava com um pedido de ultrassom há mais de dois meses para ser realizado. Porém, não era bem atendida pelo fato de ser pobre. M18 relata que a paciente falava em tom de ironia e indignação e que ela se sentia excluída, sentindo-se inferior às outras pessoas.	Dialogou e auxiliou à paciente – M18 conversou com a paciente, disse que ia ouvir suas queixas, avaliá-la e discutir seu caso com o médico. Explicou que, se o médico julgasse necessária a realização do ultrassom naquele momento, com certeza iria fazê-lo.
NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES	Não percebeu situações de desigualdade devido à Raça		
	Situação 2: Envolvidos: M25, colegas de trabalho e pacientes mulheres	M18 relata não ter vivenciado situações de desigualdades relacionadas à raça/cor.	Não percebeu situações de desigualdades relacionadas à raça/cor.
	Não percebeu situações de desigualdade devido à Orientação sexual		
Situação 3: Envolvidos: técnicos de Enfermagem e pacientes mulheres	M18 relata que os colegas de trabalho comentavam sobre a acompanhante da paciente ser homossexual. Os comentários não eram feitos na frente da paciente. M18 diz que percebeu que as próprias mulheres, a paciente e sua acompanhante, sentiram-se inferiorizadas e rejeitadas por serem homossexuais.	Não tem certeza se foi uma situação de desigualdade relacionada à orientação sexual. Chega até a solicitar que desconsidere essa fala da pesquisa.	

Matriz - Situações de Desigualdades (M19)			
	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	Classe socioeconômica		
	Situação 1: Opressores: colegas de trabalho Oprimidas: pacientes pobres	M19 relata que mulheres com melhor condição socioeconômica, que pagam pelo parto, recebem mais cuidado e atenção por parte da equipe da maternidade do que aquelas com menor condição e que não pagam. Muitas vezes a equipe coloca a mulher que pagou sozinha em um quarto, sendo que ele foi organizado para receber duas mulheres. M19 sente-se incomodada com isso e procura tratar as mulheres da mesma forma.	Confrontou os opressores – M19 procura tratar todas as mulheres da mesma forma, sem diferenciá-las pelo fato de uma ter pagado pela assistência e a outra não. Como a equipe muitas vezes coloca a mulher que pagou sozinha no quarto, M19 explica que, se for preciso, colocará mais uma mulher no quarto, porque elas têm que ser tratadas da mesma forma.
NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES	Não percebeu situações de desigualdade no cenário da assistência domiciliar		
	Situação 2: Envolvidos: colegas de trabalho e pacientes (mulheres)	M19 diz não existir desigualdade no cenário de assistência domiciliar particular, porque as mulheres que buscam por esse tipo de serviço já estão dispostas ao parto normal e não precisam ser convencidas disso.	Diz que não existem desigualdades nesse cenário.
	Dúvida: Raça?		
	Situação 3: Envolvidos: colegas de trabalho e pacientes (mulheres)	M19 relata que a equipe, incluindo ela mesma, tem dificuldade na comunicação com as mulheres haitianas que são assistidas no serviço. Relata que os colegas de trabalho por vezes postergam os cuidados a essas mulheres, justificando que não vão mesmo conseguir conversar com ela. M19 acha que elas recebem um cuidado inferior com relação às outras. Não tem certeza se a situação se relaciona à dificuldade de comunicação ou à raça.	Auxiliou as mulheres – M19 procura auxiliar as mulheres, com o auxílio do seu acompanhante. Como esse geralmente entende melhor a língua portuguesa, ela tenta se comunicar com ele para que ele seja um elo na comunicação entre mulher-equipe.
Não percebeu situações de desigualdade devido à Orientação sexual			

	<p>Situação 4: A: técnicas de Enfermagem V: pacientes (mulheres)</p>	<p>M19 relata que as técnicas de Enfermagem fazem comentários sobre casais de mulheres lésbicas que chegam para receber assistência. Porém, ela não percebe como uma situação de desigualdade e sim como curiosidade.</p>	<p>Silenciamento – até por não perceber tal situação como desigualdade. M19 diz que o melhor a fazer é não dar atenção (“não dar muito ouvido”), pois assim as pessoas param de falar.</p>
			<p>ENFRENTAMENTO COLETIVO PARA ALÉM DO SEU AMBIENTE DE TRABALHO: Acredita na importância da qualidade do pré-natal, com orientação e derrubar a cultura da cesárea como melhor via de parto. Além disso, cada um olhar mais para si mesmo e repensar suas atitudes, praticar a empatia. M19 fala da necessidade de uma educação que inclua a discussão sobre as desigualdades em casa, na escola e na faculdade. M19 diz que as perguntas da entrevista a instigaram a pensar sobre como tem agido diante das situações de desigualdade e como pode mudar para melhor. Agradece pela sua participação e diz que vai levar essa reflexão para sua vida em geral.</p>

Matriz - Situações de Desigualdades (M20)			
	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONAL IDADE	Gênero		
	Situação 1: Opressoras: mulheres (médicas) Oprimidas: mulheres (pacientes)	M20 diz que algumas médicas assumem uma postura muito masculina para se impor na assistência à mulher, pois não conseguem se impor como mulheres. Dessa forma, é comum cometerem violência obstétrica.	Silenciamento – M20 optou pelo silenciamento.
	Situação 2: Opressores: homens (médicos) Oprimidas: mulheres (pacientes)	M20 fala sobre comentários machistas feitos por médicos tanto com colegas de trabalho quanto com as pacientes. Sentiu ser uma situação bastante desagradável.	Confrontou os opressores – Quando essas situações acontecem, M20 diz ao médico que não entendeu o comentário e questiona o porquê de ser engraçado. Ou então não ri do comentário. Age para demonstrar que não gostou.
	Situação 3: Opressoras: mulheres (médicas) Oprimida: mulher(paciente)	M20 fala que médicas estavam questionando o porquê de uma paciente, que tinha sido vítima de violência sexual, estava andando na rua sozinha em determinada hora, como se a culpa pela violência fosse da vítima.	Silenciamento – M20 optou pelo silenciamento.
	Classe socioeconômica		
Situação 4: Opressores: colegas de trabalho Oprimidas: pacientes pobres	M20 relata que as pacientes humildes e que apresentam higiene precária são tratadas de forma diferente pela equipe. Inclusive, fazem comentário que estão com mau cheiro e, apesar da paciente não escutar, pela forma como são tratadas, elas percebem a situação. Sentiu angústia, incômodo, tristeza.	Silenciamento – M20 optou pelo silenciamento.	
DESIGUALDADES	Raça e Religião		
	Situação 5:	M20 conta sobre o dia em que atendeu uma gestante	Dialogou com os opressores – M20 dialogou com os

<p>INTERSECCIONAIS</p>	<p>Opressores: colegas de trabalho</p> <p>Oprimida: paciente mulher</p>	<p>negra, que supunha vir de um centro de umbanda, com vestes características, descalça e com os pés sujos; e que os profissionais da equipe de enfermagem e médica fizeram comentários maldosos sobre essa paciente. M20 fala que a maioria das técnicas é evangélica, com uma mente fechada e cheia de preconceitos. Considerou a situação desagradável. M20 relata que se incomoda bastante com as situações de desigualdades, mas não tem esperanças de que elas irão acabar. Acredita que faz parte da nossa cultura e que estarão presentes em todos os lugares, em menor ou maior grau.</p>	<p>técnicos de enfermagem que eles estão ali para atender a paciente, independentemente de onde ela veio ou o que ela estava fazendo.</p> <p>Dialoga e propõe reflexões – M20 tem feito o exercício de se posicionar, conversar e promover reflexões acerca das situações de desigualdades que vivencia. Porém, às vezes, a situação mexe muito com ela e ela não consegue se posicionar.</p>
-------------------------------	---	--	--

Matriz - Situações de Desigualdades (M21)			
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
	Classe profissional		
	Situação 1: Opressores: médicos Oprimidas: Enfermeiras Obstétricas, incluindo M21	<p>M21 diz que, quando é necessário realizar transferência da paciente do seu local de trabalho para a maternidade de referência, o médico regulador do SAMU aceita conversar somente com o médico de sua instituição. M21 fica muito brava com a situação, porque é ela quem está cuidando da mulher e era ela quem deveria conversar.</p>	<p>Defendeu seu espaço como Enfermeira Obstétrica – M21 utiliza-se de seu crescimento, autonomia e segurança para defender seu espaço.</p>
	Situação 2: Opressoras: técnicas de Enfermagem, consideradas parteiras Oprimidas: pacientes mulheres	<p>M21 fala que, quando iniciou sua atuação na maternidade, as técnicas de Enfermagem, intituladas parteiras, tratavam as pacientes com agressividade e tinham falas de imposição. Relata que as técnicas tinham aprendido como prestar assistência com os médicos mais antigos.</p>	<p>Dialogou com as opressoras – M21 conversava com as técnicas de enfermagem sobre a forma de tratamento das pacientes durante as reuniões e, quando era necessário, reprimia-lhes na frente da paciente.</p>
	Situação 3: Opressores: colegas de trabalho Oprimidas: Enfermeiras Obstétricas, incluindo M24	<p>M21 relata que fica triste devido ao preconceito pela assistência ser prestada pela Enfermeira. Diz que, na maternidade onde trabalhava, já existe uma parceria de muitos anos entre Enfermeiras Obstétricas e médicos, mas que isso não é a realidade de muitos outros serviços.</p>	<p>Silenciamento – M21 optou pelo silenciamento.</p>
Situação 4: Opressores: Enfermeiras Oprimida: Enfermeira Obstétrica M21	<p>Falou que iniciou seu projeto para estabelecer o vínculo das gestantes com a casa de parto ainda no período gestacional, a partir de 37 semanas, e elas tinham uma consulta com o Enfermeiro Obstetra para verificar o andamento do pré-natal e identificar se tinha alguma necessidade de assistência:</p>	<p>Auxiliou as pacientes e organizou uma rede de apoio para assistência das mulheres, envolvendo Atenção Básica, CPN e laboratório do hospital.</p>	

	<p>Situação 5: Opressores: colegas de trabalho Oprimida: Enfermeira Obstétrica M21</p>	<p>Relata que o domínio médico na assistência da sua instituição é predominante. Como conta com médicos clínicos gerais, em muitas situações há um manejo inadequado, como nas síndromes hipertensivas. Pois não é específico para a gestante. Relata uma resistência médica à atuação da Enfermeira Obstétrica e, principalmente quando chegou ao serviço, tinha receio de como seria recebida pela equipe de Enfermagem, pois havia técnicas de Enfermagem consideradas parteiras.</p>	<p>Elaborou um protocolo para atendimento de emergência à gestante, envolvendo o uso de partograma e atendimento em urgências, por exemplo em atendimento das síndromes hipertensivas.</p>
Gênero			
	<p>Situação 6: Opressoras: mulheres (pacientes e acompanhantes) Oprimido: homem (Enfermeiro Obstétrico)</p>	<p>M21 fala que tem um parceiro, Enfermeiro Obstétrico, que é homem, mas as mulheres se sentem totalmente à vontade com ele, porque ele acolhe muito bem e é muito competente também na assistência. Em seu Estado, é difícil ter homens nessa profissão. M21 diz que, quando é Enfermeiro, às vezes, o marido e a mulher olham meio de lado, mas, com o passar da assistência, ficam tranquilos.</p>	<p>Silenciamento – M21 optou pelo silenciamento.</p>
Classe socioeconômica			
	<p>Situação 7: Opressores: colegas de trabalho Oprimidas: mulheres pobres</p>	<p>M21 relata que sua equipe de assistência domiciliar faz também atendimento social a mulheres com vulnerabilidade socioeconômica.</p>	<p>Auxilia as mulheres– Realiza atendimentos sociais para mulheres com vulnerabilidade socioeconômica.</p>
Usuária de drogas			
	<p>Situação 8: Opressora: médica Oprimida: paciente usuária de drogas</p>	<p>M21 conta quando recebeu uma parturiente, usuária de drogas, primípara, que não deixava ninguém chegar perto para assisti-la. Aos poucos, M21 foi conseguindo sua confiança para auscultar o batimento cardíaco fetal. A parturiente estava preferindo manter-se de cócoras. No momento do parto, a médica chegou e disse que não iria fazer o parto dela se ela ficasse</p>	<p>Auxiliou a paciente – M21 foi respeitando e tentando manter a segurança da parturiente; conseguindo se aproximar dela para auscultar o batimento cardíaco fetal.</p>

		agachada e que o filho dela, então, iria nascer sozinho.	
	<p>Situação 9: Opressora: médica Oprimida: paciente usuária de drogas</p>	<p>M21 fala de quando atendeu uma parturiente, usuária de drogas. A médica não foi prestar a assistência com boa vontade. Quando a bolsa da mulher rompeu, molhou a médica e ela começou a gritar com a paciente. M21 fala que essa situação só ocorreu por causa da vulnerabilidade da paciente: se fosse uma pessoa orientada, com certeza, iria botar a médica no lugar dela.</p>	<p>Silenciamento – M21 optou pelo silenciamento.</p>
<p>NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES</p>	<p>Não percebeu situações de desigualdades devido a Gênero, Raça e Classe socioeconômica</p>		
	<p>Situação 10: Envolvidos: colegas de trabalho, pacientes mulheres e a Enfermeira Obstétrica M21</p>	<p>M24 diz que não percebeu situações de desigualdades em seu ambiente de trabalho relacionadas ao gênero e raça. Diz que na maternidade privada, não tinha nem como ter com relação à classe socioeconômica; e que, na pública, todo mundo conhece todo mundo e o que tem são comentários sobre pacientes específicas, como usuárias de drogas.</p>	<p>Diz que não percebeu situações de desigualdades relacionadas ao gênero, raça/cor e classe socioeconômica em seu ambiente de trabalho.</p>
			<p>ENFRENTAMENTO COLETIVO PARA ALÉM DO SEU AMBIENTE DE TRABALHO: Acredita que é necessária uma melhoria na qualidade da assistência e, para isso, uma maior sensibilização dos profissionais para atuação respeitosa.</p>

Matriz - Situações de Desigualdades (M22)			
	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	Gênero		
	Situação 1: Opressoras: mulheres (pacientes) Oprimidos: homens (médicos)	M22 relata que algumas pacientes perguntam se o médico que irá avaliá-la é homem ou mulher. Mas, até hoje, não chegaram a recusar em serem assistidas por médicos homens.	Dialogou com a paciente – M22 conversou com o médico, para sugerir que ela mesma avaliasse a paciente ao invés dele. Faz isso quando percebe que pode haver alguma resistência por parte da mulher.
	Classe profissional		
	Situação 2: Opressoras: pacientes mulheres Oprimida: Enfermeiras Obstétricas	M22 relata que existe a questão cultural de muitas mulheres preferirem a assistência da classe médica, por acharem que o médico tem mais conhecimento e habilidade do que, no caso, as Enfermeiras Obstétricas.	Dialogou com a paciente – M22 explicou para as pacientes sobre as competências e habilidades da Enfermeira Obstétrica, incluindo à assistência à mulher no parto e nascimento, sem a necessidade de intervenção médica.
NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES	Não percebeu situações de desigualdades devido à Raça e Classe socioeconômica		
	Situação 3: Envolvidos: M22, colegas de trabalho e as pacientes	M22 relata não ter vivenciado e/ou não se lembrar de situações de desigualdades relacionadas à raça/cor e classe socioeconômica.	Não percebeu situações de desigualdades relacionadas à raça e classe socioeconômica.

Matriz - Situações de Desigualdades (M23)			
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
	Etnia		
	Situação 1: Opressores: colegas de trabalho Oprimida: paciente venezuelana	M23 conta a situação em que uma puérpera venezuelana estava aguardando a liberação do seu bebê para alta hospitalar. Faltavam os exames de triagem neonatal, mas ninguém tinha percebido que o bebê dela ainda não tinha feito. M24 se sentiu incomodada. Relata que pacientes haitianos e venezuelanos (imigrantes), que possuem vulnerabilidade social/cultural, recebem um tratamento muito desigual.	Auxiliou a paciente – M23 conversou com a puérpera e seu acompanhante e os auxiliou a irem no setor realizar os testes do bebê, para que recebessem alta hospitalar.
	Gênero		
	Situação 2: Opressores: homens e mulheres (colegas de trabalho) Oprimidas: mulheres (pacientes)	M23 relata que muitas vezes os profissionais deixam de ficar perto e até de avaliar mulheres que estão gritando, muito agitadas, que não deixam chegar perto delas.	Auxiliou a paciente e seu acompanhante – M23 conversou com a paciente e seu acompanhante, melhorou a ambiência do local de parto, perguntou o que estavam precisando, deu atenção a eles. M3 relata que, além da experiência que teve se formando como Enfermeira Obstétrica e participando do Apiceon, ela teve a experiência de parir com respeito e dignidade. Passou a ter uma sensibilidade mais aflorada, desejar essa mesma experiência de parto que teve para suas pacientes e lutar para que isso aconteça.
	Caráter do profissional (independente de gênero e raça)		
	Situação 3: Envolvidos: colegas de trabalho, pacientes (mulheres) e Enfermeira Obstétrica M23	M23 diz que as situações de desigualdades são independentes de gênero e de raça; mas, pelo fato do profissional de saúde ser ruim. Atua com falta de cuidado, de respeito, de privacidade às pacientes.	Diz que as situações de desigualdades são independentes de gênero e de raça; mas, pelo fato do profissional de saúde ser ruim.

Matriz - Situações de Desigualdades (M24)			
	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	Classe profissional		
	Situação 1: Opressores: colegas de trabalho Oprimidas: Enfermeiras Obstétricas, incluindo M24	M24 relata que, em outras maternidades onde esteve, percebia uma dificuldade de aceitação, por parte da equipe, do Enfermeira Obstétrica realizar o parto. Acredita que existe uma fragilidade das pessoas em perder espaço no ambiente de trabalho.	Confrontou o opressor – M24 dizia que cada um tem seu papel e sua importância e que precisa saber dos seus limites. Diz que essas vivências ajudaram-na a atuar como gestora atualmente.
NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES	Não percebeu situações de desigualdades devido a Gênero, Raça, Classe socioeconômica e Classe profissional		
	Situação 2: Envolvidos: colegas de trabalho, pacientes (mulheres) e Enfermeira Obstétrica M24	M24 diz que não percebeu situações de desigualdades em seu ambiente de trabalho, até porque todos os profissionais são concursados; então, o salário vai permanecer o mesmo independente de produção.	Diz que não percebeu situações de desigualdades em seu ambiente de trabalho.
			ENFRENTAMENTO COLETIVO PARA ALÉM DO SEU AMBIENTE DE TRABALHO: Acredita que a discussão precisa ser mais técnica do que envolvendo o ego dos profissionais. É necessário estudar e mostrar esse conhecimento como serviço.

Matriz - Situações de Desigualdades (M25)			
	NA SITUAÇÃO DE OPRESSOR(A)/ NA SITUAÇÃO DE OPRIMIDO(A)	RECONHECENDO E SENTINDO AS DESIGUALDADES	ENFRENTANDO AS DESIGUALDADES
INVISIBILIDADE DA INTERSECCIONALIDADE	Classe socioeconômica		
	Situação 1: Opressores: colegas de trabalho Oprimidas: pacientes pobres	M25 percebe que as mulheres com maior poder aquisitivo são tratadas de forma diferenciada pela equipe de trabalho. Por exemplo, são melhor informadas sobre o processo do trabalho de parto. Sente que isso é ruim.	Dialogou e auxiliou as pacientes – M25 explica sobre o que está acontecendo às pacientes e busca dar uma assistência igual a todas.
	Classe profissional		
	Situação 2: Opressores: colegas de trabalho e pacientes mulheres Oprimidas: Enfermeiras Obstétricas	M25 fala sobre o possível pensamento dos colegas de trabalho e das pacientes atendidas de que vão tratar o médico melhor do que as Enfermeiras Obstétricas, por eles serem melhores. Sentiu-se diminuída.	Silenciamento – M25 optou por não se manifestar.
NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES	Não percebeu situações de desigualdades devido à Raça, Gênero e Orientação sexual		
	Situação 3: Envolvidos: M25, colegas de trabalho e pacientes mulheres	M25 relata não ter vivenciado e/ou não se lembrar de situações de desigualdades relacionadas à raça, gênero e orientação sexual.	Não percebeu situações de desigualdades relacionadas à raça, gênero e orientação sexual.

**Apêndice - Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa –
COREQ, versão em português, de Souza et al (2021)**

º do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade		
	Características pessoais	
	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?
	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.
	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?
	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?
	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?
	Relacionamento com os participantes	
	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?
	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.
	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.
Domínio 2: Conceito do estudo		
	Estrutura teórica	
	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.
	Seleção de participantes	
0	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.
1	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.
2	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?
3	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?
	Cenário	
4	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.
5	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?
6	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.
	Coleta de dados	
7	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?
8	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?
9	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?
0	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?
1	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?
2	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?
3	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?
Domínio 3: Análise e resultados		

Análise de dados		
4	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?
5	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?
6	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?
7	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?
8	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?
Relatório		
9	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.
0	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?
1	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?
2	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?

Convenções de transcrição (Adapt. Jefferson, 2004)

Monospaced' Font: New Courier / Tamanho da fonte: 10 (*salvo indicação)

- Identificação dos falantes em entrevistas acadêmicas:
P1: Pesquisadora e M: Respondente feminino.

Símbolo	Fenômeno
.	Entoação descendente
?	Entoação ascendente
,	Entoação continua
: / :: / :::	Prolongamento do som (diferentes durações)
↑	Sommaisagudo *Tamanho da fonte:8 [1-Transcrever no ELAN (/) -2-Converter na transcrição final: (↑)]
↓	Sommaisgrave *Tamanho da fonte:8 [1-Transcrever no ELAN (\) 2-Converter na transcrição final: (↓)]
-	Corte abrupto
<u>fala</u>	Ênfase [1-Transcrever no ELAN (fa"l_a_") □ 2-Converter na transcrição final: (<u>fala</u>)]
FAla	Volume mais alto
°fala°	Volume mais baixo
>fala<	Fala acelerada *Tamanho da fonte:8 [1-Transcrever no ELAN (»fala«) □ 2-Converter na transcrição final: (>fala<)]
<fala>	Faladesacelerada *Tamanho da fonte:8 [1-Transcrever no ELAN («fala») 2-Converter na transcrição final: (<fala>)]
[] []	Falas sobrepostas
(.)	Micro-pausa (igual ou inferior a dois décimos de segundo)
(2.5)	Pausa (em segundos e décimos de segundos)
eh	Pausa cheia
mm	Sinal de retorno do ouvinte
.h / .hh / .hhh	Inspiração (diferentes durações)
h / hh / hhh	Expiração (diferentes durações)
th	Estalar de língua
...= =...	Turnos contíguos (ausência de pausa interturnos)
=	Ausência de uma micropausa intraturno (entre duas palavras)
()	Segmento inaudível não transcrito
(fala)	Segmento pouco audível de transcrição duvidosa
(fala/fama)	Transcrições alternativas de um segmento pouco audível
((escreve))	Descrição de uma actividade não verbal

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisa: Influência de gênero, raça e classe no contexto de trabalho de Enfermeiras Obstétricas negras

Pesquisadora Mestranda: Taisa de Paula Gonçalves
Enfermeira Obstétrica. Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG.
Bolsista de Apoio Técnico do CEEO II-Rede Cegonha 2016/2017.

Pesquisadora Orientadora: Elysângela Dittz Duarte
Enfermeira. Prof^a Dr^a da Escola de Enfermagem da UFMG. Tutora do CEEO II-Rede Cegonha.

*Obrigatório

1. Endereço de e-mail *

23/04/2021

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TCLE -
Enfermeiras
Obstétricas

Nós, Elysângela Dittz Duarte, Enfermeira, Coordenadora da pesquisa, Professora Doutora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) e Pesquisadora, e Taisa de Paula Gonçalves, Enfermeira Obstétrica, Mestranda da EEUFMG e Pesquisadora, convidamos você a participar da pesquisa “Influência de gênero, raça e classe no contexto de trabalho de Enfermeiras Obstétricas negras”.

Trata-se de um estudo qualitativo, com o objetivo de analisar a interseccionalidade de gênero-raça-classe no contexto de trabalho de Enfermeiras Obstétricas negras a partir de sua perspectiva.

Terá como participantes Enfermeiras Obstétricas autodeclaradas negras, que se formaram no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica II-Rede Cegonha (CEEII), nas Instituições Federais de Ensino Superior das cinco regiões brasileiras e que atuam em serviços de saúde de tais regiões.

Os critérios de inclusão das participantes deste estudo serão: a certificação de que as Enfermeiras Obstétricas autodeclaradas negras estão atuando no cuidado às mulheres, bebês e famílias no cenário de parto e nascimento em seus serviços e a assinatura deste termo.

A coleta de dados será feita por meio de entrevistas individuais, por skype ou pessoalmente, sendo gravadas e transcritas. Serão registradas também impressões da entrevistadora, a partir da observação de elementos não verbais, como mudanças na postura corporal, gestos, sorriso, choro, volume e ritmo da fala durante as entrevistas.

As entrevistas serão gravadas e transcritas e lhe será permitido ouvi-las, bem como ter acesso à sua transcrição e ao registro da observação, a fim de participar do processo de validação desses dados, sendo que a utilização de tais dados pelas pesquisadoras deverá ser autorizado por você. Ao final da pesquisa, o conteúdo será apresentado a você, que poderá discuti-lo com as pesquisadoras.

Os resultados serão utilizados a fim de contribuir para a compreensão da influência de gênero, raça e classe no contexto de trabalho de Enfermeiras Obstétricas negras; os fatores que os produzem, dentro e fora do ambiente de trabalho; e as repercussões de tais situações para as participantes. Além disso, subsidiar discussões sobre desigualdade de gênero, raça e classe no trabalho, a fim de que esses ambientes sejam espaços para uma convivência que considere e respeite as diferenças.

A sua colaboração será de maior importância para a realização deste trabalho, sendo voluntária e anônima. Haverá sigilo e anonimato quanto ao seu nome e também em relação aos seus locais de trabalho. Poderá ocorrer desconforto, tendo em vista a realização de entrevistas. Você pode desistir da pesquisa a qualquer momento, não tendo nenhum ônus e nem pagamento pela sua participação nesta pesquisa.

O termo de consentimento será feito em duas vias, sendo uma oferecida para você e outra arquivada pela pesquisadora. Caso sinta necessidade de entrar em contato conosco, as pesquisadoras responsáveis, durante e após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo telefone (31)98771-1269, pelo email tpp.enf@gmail.com ou pelo endereço Avenida Alfredo Balena, nº 190, bairro Santa Efigênia - Belo Horizonte /MG.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG deverá ser contatado somente com relação a dúvidas de teor ético da pesquisa pelo telefone (031) 3409-4592, pelo email coep@prpq.ufmg.br ou pelo endereço - Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901, Unidade Administrativa II, 2º Andar, Sala: 2005.

Os dados desta pesquisa ficarão arquivados por um período de cinco anos; após, os mesmos podem ser descartados, cumprindo assim as Resoluções N° 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

23/04/2021

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

2. Portanto, *

Marque todas que se aplicam. Ciente dessas informações, concordo em participar da pesquisa.

3. Meu nome *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Goole Formulários