

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – UFJF  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE POLÍTICA E AÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

**TATIANNE DA COSTA SILVA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um debate sobre a hierarquização e opressão de  
gênero no sistema patriarcal**

**JUIZ DE FORA  
DEZEMBRO – 2023**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – UFJF  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE POLÍTICA E AÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

**TATIANNE DA COSTA SILVA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um debate sobre a hierarquização e opressão de  
gênero no sistema patriarcal**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de Política  
de Ação do Serviço Social, como requisito  
para obtenção de grau de Bacharel em  
Serviço Social, na Faculdade de Serviço  
Social da Universidade Federal de Juiz de  
Fora.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Ms. Raphael Dutra  
Bazarello

**JUIZ DE FORA  
DEZEMBRO – 2023**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva, Tatianne da Costa.

VIOÊNCIA OBSTÉTRICA : um debate sobre a hierarquização e opressão de gênero no sistema patriarcal / Tatianne da Costa Silva. -- 2023.

71 f.

Orientador: Raphael Dutra Bazarelo

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2023.

1. Violência obstétrica. 2. Mulher. 3. Patriarcado. I. Bazarelo, Raphael Dutra, orient. II. Título.



**TATIANNE DA COSTA SILVA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um debate sobre a hierarquização e a opressão de gênero no sistema patriarcal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Política de Ação do Serviço Social, como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador(a): Raphael Dutra Bazarelo

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 20 de dezembro de 2023, por banca composta pelos seguintes membros:

Profº Ms. Raphael Dutra Bazarelo – Orientador(a)

Profª Drª Sabrina Pereira Paiva

Profª Drª Marina Monteiro Castro e Castro

Nota: 95

Juiz de Fora  
Dezembro/2023

Dedico este trabalho a todas as mulheres  
brasileiras que são violentadas  
diariamente por um sistema patriarcal e  
racista.

Que estejamos sempre firmes na luta!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente aos meus pais Warly e Lorival, pelo apoio incondicional em todas as etapas da minha vida, e por me proporcionarem a base da minha educação que foi essencial para me tornar a mulher forte que sou, e a minha irmã Julianne.

À todos os meus familiares, tios, tias e primos por compreenderem a minha ausência em meio a minha rotina conturbada de estudos e trabalho.

À minha avó Maria das Dores que mesmo vivendo um momento delicado, é sempre compreensiva com a minha ausência, me recebendo com orgulho e preocupação com a minha faculdade.

Ao meu avô Waltencyr que não está mais neste plano terrestre e não pôde presenciar a conclusão desta etapa, mas eu sei que está presente comigo em todos os momentos.

À todos os meus amigos pela paciência com meus momentos de estresse, minha inconstância e meu distanciamento perante a tantas funções do cotidiano, mas que sempre se fazem presentes em minha vida.

Aos amigos que a faculdade me deu, aos quais vivenciamos momentos de alegria, de tristeza, de desespero e que já fazem falta no meu dia-a-dia. Não posso deixar de citar aqueles que foram fundamentais durante esta jornada e tornaram tudo mais leve. À Laira e Alisson pela parceria, paciência e amizade que levarei para toda a vida. Obrigada por toda troca e companheirismo. À Carol Rosa, que iniciou essa pesquisa comigo em 2018 e foi uma grande parceira nesse estudo, mesmo que nossos caminhos tenham se tornado opostos, levo comigo toda a troca que tivemos.

Aos colegas da Santa Casa que foram extremamente acolhedores desde o meu primeiro dia de estágio, especialmente a minha supervisora Carol, por todo carinho e compreensão que foram essenciais para tornar essa jornada mais tranquila. À Patrícia que mesmo não sendo supervisora de campo, trouxe contribuições essenciais para a minha formação profissional. À Luíza e Débora pelo companheirismo durante o estágio.

Aos professores do Serviço Social por toda a troca de conhecimento. Especialmente ao meu supervisor e orientador Raphael, por entender as minhas demandas individuais, compreender a minha rotina, minha falta de tempo, e por todo apoio nesses dois últimos meses em que estive impossibilitada física e

mentalmente. Toda a sua compreensão e disponibilidade foram fundamentais para que eu concluísse esse trabalho. Gratidão por ser um profissional acima de tudo humano.

À minha diretora Alessandra, pelo apoio e ajuda em todos os momentos que precisei me ausentar para estar presente na faculdade.

Por fim, agradeço também a oportunidade de concluir mais essa etapa na minha vida estando em uma Universidade pública, gratuita e de qualidade, na qual tantos outros não tiveram a mesma possibilidade. Embora muitos tenham sido os motivos para desistir. Mesmo com os desafios da pandemia, as dificuldades de ser uma estudante trabalhadora, uma entorse no tornozelo na reta final que me impediu de frequentar as atividades até então, eu venci mais essa etapa!

Gratidão a todos os envolvidos em mais esse processo, dentre tantos outros que estão por vir!

“Eu peço que a nossa voz seja ouvida e que nossas histórias não sejam ignoradas.”

Documentário “Violência Obstétrica: a voz das brasileiras”.



## RESUMO

Este trabalho apresenta reflexões acerca da violência obstétrica enquanto uma das inúmeras violências cometidas contra a mulher, fazendo a correlação com as relações de poder e opressão em uma sociedade capitalista, patriarcal e racista; onde prevalece a dominação masculina frente aos corpos femininos, questionando a hierarquização na atuação dos profissionais de saúde. Dessa forma, o objetivo central deste estudo visa compreender a violência obstétrica enquanto uma das formas de opressão no sistema patriarcal, racista e capitalista no contexto brasileiro, em que a mulher negra é submetida a um contexto ainda mais violento. Pretende-se também mostrar a importância de uma assistência obstétrica baseada na Política de Humanização, como uma das formas de combate à violência e opressão. Sendo assim, serão apontadas as diversas formas em que o patriarcado e o racismo se manifestam nas violências obstétricas, pensando a atuação dos profissionais de saúde em relação aos direitos das mulheres a um atendimento seguro, humanizado e fundamentado em evidências cientificamente comprovadas. Para a construção deste trabalho foi realizado uma revisão narrativa através de textos, artigos e livros, utilizando autores que abordam a discussão sobre gênero, patriarcado, questão racial e humanização em saúde, para compreendermos o processo estrutural do debate sobre a violência obstétrica, bem como a atuação dos serviços de saúde. Os resultados obtidos reforçam a compreensão da violência de gênero como reflexo do papel da mulher socialmente construído pelo patriarcado, enfatizando o racismo institucional. Além disso, a necessidade de repensar o modelo de assistência oferecido pelos serviços de saúde às mulheres. Espera-se que este trabalho contribua no debate sobre a violência obstétrica, visto ser uma temática importante e que vem ganhando espaço na contemporaneidade.

**Palavras-chave:** Violência obstétrica; Mulher; Patriarcado; Racismo; Humanização.

## **ABSTRACT**

*The present work shows information about obstetric violence as one of the countless forms of violence committed against women, exposing the relations of power and oppression in a capitalist, patriarchal and racist society; where male domination prevails over female bodies, reflecting the hierarchy in the performance of health professionals in relation. Therefore, the central objective of this study aims to understand obstetric violence as one of the forms of oppression in the patriarchal, racist and capitalist system in the Brazilian context, where black women are subjected to an even more violent context. It is also intended to show the importance of obstetric care based on the Humanization Policy, as one of the ways to combat violence and oppression. Therefore, the different ways in which patriarchy and racism manifest themselves in obstetric violence will be highlighted, with the role of health professionals considering women's rights to safe, humanized care based on scientifically proven evidence. The results obtained reinforce the understanding of gender violence as a reflection of the role of women socially constructed by patriarchy, emphasizing institutional racism. It is hoped that this work will contribute to the debate on obstetric violence, as it is an important topic that is gaining ground in contemporary times.*

**Keywords:** *Violence. Woman. Patriarchy. Racism. Humanization*

## **Lista de abreviaturas e siglas**

- ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CFM** - Conselho Federal de Medicina
- DIFD** - Ministério britânico para o Desenvolvimento Internacional
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde
- PAISM** - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PCRRI** - Programa de Combate ao Racismo Institucional
- PHPN** - Política de Humanização do Parto e Nascimento
- PNH** - Política Nacional de Humanização
- PNSIPN** - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
- PNUD** - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PQM** - Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal na Amazônia Legal e Nordeste
- RASEAM** - Relatório Socioeconômico da Mulher
- ReHuNa** - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
- SIM** - Sistema de Informações sobre Mortalidade
- Seppir** - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
- UTI** - Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade de Tratamento Intenso

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1 PATRIARCADO, CAPITALISMO E QUESTÃO RACIAL</b> .....	<b>14</b>
1.1 A VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO SISTEMA PATRIARCAL .....	14
1.2 O SISTEMA PATRIARCAL E O CAPITALISMO .....	19
1.3 O SISTEMA PATRIARCAL E A VIOLÊNCIA RACIAL .....	26
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA</b> .....	<b>32</b>
2.1 MANIFESTAÇÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....	35
2.2 ÍNDICES DE CESÁREAS NO BRASIL .....	42
2.3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A QUESTÃO SOCIAL .....	46
<b>3 A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO HUMANIZADO NA SAÚDE</b> .....	<b>49</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>67</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como finalidade compreender a violência obstétrica como reflexo do sistema capitalista, patriarcal e racista, onde a violência de gênero ocorre em função do papel social imposto à mulher em submissão ao homem, sendo a sua sexualidade violada pela dominação masculina, sobretudo as mulheres negras.

Buscando refletir estratégias de enfrentamento a violência obstétrica, este trabalho também discute a importância de uma assistência humanizada as usuárias dos serviços de saúde.

As motivações em estudar e discutir a presente temática partiram inicialmente de uma questão pessoal ocorrida durante o meu nascimento, no qual a minha mãe sofreu algumas violências ao tentar o parto vaginal, que não obteve sucesso, sendo necessário uma intervenção cirúrgica. Seu relato sempre me trouxe incômodo, quando ainda nem se falava em violência obstétrica. Além disso, no decorrer da minha vida, ouvi inúmeros relatos de mulheres que sofreram tais violências em seu parto, e não demonstravam consciência e conhecimento de ser um ato violento, trazendo-os de forma naturalizada.

Durante a graduação em Serviço Social, em uma aula de Laboratório em Saúde, a professora abordou o tema explicitando um caso pessoal, o que me remeteu a outros relatos de mulheres conhecidas que haviam passado por situações semelhantes.

Dessa forma, impulsionada pelas questões supracitadas anteriormente, na disciplina de Pesquisa Social I e II que realizei em 2018, resolvi estudar a temática e prontamente fui confrontada sobre a escolha do meu tema, sendo sugerido a impossibilidade de conseguir uma pesquisa de campo - esta última exigida na Pesquisa Social II - à vista disso, percebi ainda mais a importância de fazer este debate, uma vez que até mesmo profissionais do Serviço Social não tinham conhecimento sobre a violência obstétrica.

Inicialmente, também me deparei com a dificuldade em encontrar um referencial teórico, entretanto, nas minhas buscas incessantes, encontrei um professor do curso de Ciências Contábeis que pesquisava estatisticamente a Violência Obstétrica e os índices de cesáreas no Brasil, e com isso, tive um grande auxílio na pesquisa, tanto com as bibliografias, quanto com a pesquisa de campo

que foi realizada na época com um grupo de mulheres, indicado por este professor.

Mesmo com os obstáculos encontrados, a pesquisa foi realizada e concluída com o debate inicial dos impactos da violência obstétrica na saúde da mulher, e, dessa maneira foi apresentado e publicado nos Anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), em 2019.

Ademais, para além das motivações supracitadas, a realização do estágio em um dos hospitais referência em atendimento às gestantes corrobora com este estudo, uma vez que é possível observar diariamente as relações de poder dos profissionais de saúde frente às usuárias.

Dessa forma, a presente pesquisa foi realizada através de revisão bibliográfica na qual foi feita uma análise teórica acerca dos temas citados acima, visando à correlação entre ambos. Para tal, foram usados autores como Saffioti, Rohden, Barata, Bourdieu, Ciello, Castro, Diniz dentre outros, além de documentos públicos elaborados pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde.

Para o desenvolvimento desse estudo, inicialmente é necessário compreender o conceito de violência obstétrica e as formas em que ela se expressa. Posteriormente, será discutido o contexto social ao qual está inserida através do debate sobre a violência de gênero, contextualizando o processo histórico associado a violência contra a mulher nas relações sociais determinadas por um sistema capitalista, patriarcal, sexista e racista. Embora não seja o foco central deste trabalho, mas compreendendo que tratando-se de violência é essencial sinalizar que a população negra é a que mais sofre devido ao contexto histórico de escravidão e o racismo institucionalizado, será apresentado brevemente uma análise da violência em relação às mulheres negras.

Por fim, será realizado o debate sobre a atuação dos profissionais de saúde e as relações de poder nos ambientes hospitalares, trazendo a reflexão sobre a necessidade de um modelo de assistência pautado em um atendimento respeitoso e humanizado, que considere a mulher enquanto um ser integral, conforme expressa a Política Nacional de Humanização.

À vista disso, é fundamental destacar a importância desse estudo no Serviço Social considerando as discussões realizadas sobre as diversas formas de opressão na sociabilidade burguesa e as relações de gênero. Além disso, sendo um curso de atuação também na área de saúde, é importante compreender as relações de

opressões aos usuários nessa esfera. Embora a violência obstétrica seja uma prática que ocorre às mulheres há séculos, os estudos são recentes, pois seu reconhecimento legal é recente, o que torna o debate ainda mais importante.

## 1 PATRIARCADO, CAPITALISMO E QUESTÃO RACIAL

A violência obstétrica não é um fato isolado, assim como não deve ser analisada de modo apartada da dinâmica histórica e social de uma cultura de violência contra a mulher. Dito isso, é fundamental o lastreamento de outras expressões e manifestações da violência contra a mulher nas diferentes esferas e âmbitos sociais e como isso impacta na construção do conceito do ser mulher na sociedade atual e o direito ou a negação deste às mulheres sobre o próprio corpo.

### 1.1 A VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO SISTEMA PATRIARCAL

Para iniciar o debate do patriarcado, sexismo e violência contra as mulheres, é necessário o esclarecimento em relação ao conceito de gênero, uma vez que socialmente circulam discursos e opiniões sem o devido embasamento a respeito do assunto que acabam enublado o correto entendimento e causando desinformação, especialmente na construção do pensamento do senso comum. Saffioti (2004, p. 135) traz uma relevante definição em seu livro apontando que o gênero não se restringe apenas ao sexo biológico, porém esse também faz parte da totalidade aberta que engloba natureza e o ser social.

Adiante, Barata (2009, p. 73) também traz as definições de gênero nas diversas áreas, sendo que na saúde se define gênero a partir das “marcas e características próprias aos comportamentos de grupos de sujeitos sociais e para estabelecer o contraste entre masculino e feminino, [...] para focar as relações que se estabelecem entre masculino e feminino no âmbito social”. Ou seja, como uma forma de determinar o acesso e a utilização dos serviços de saúde.

Entretanto, existe uma contradição quanto à definição biológica de gênero ao serem “relacionadas com aspectos anatômicos e fisiológicos do aparelho reprodutivo e eventualmente com características genéticas vinculadas aos cromossomos x ou y” (Barata, 2009, p. 74). Nesse caso a definição está mais ligada ao significado genético de sexo.

A dicotomia entre as terminologias supracitadas e o equívoco quanto a sua compreensão, traz também a reflexão sobre a atuação profissional nos atendimentos que deveriam priorizar a compreensão totalizante do indivíduo, não restringindo apenas a anatomia do corpo humano. Essa reflexão é o pontapé inicial para se pensar nas inúmeras violências obstétricas apontadas no capítulo anterior, na qual a



mulher enquanto indivíduo é desconsiderada e a atenção dos profissionais voltada para o corpo feminino.

Mediante a breve contextualização da construção do conceito de gênero com ênfase nas questões genéticas e biológicas, faz-se necessário também avançar para a construção histórica e social do papel da mulher.

Conforme Barata (2009), em meados do século XX surge o debate de gênero nas pesquisas de saúde, onde os movimentos feministas se preocupavam em discutir os papéis sociais dos homens e mulheres e as desigualdades nessa área.

Como afirma Krieger, todos nós somos sexo e gênero, isto é, temos um sexo, biologicamente determinado, que influencia algumas das nossas condições de saúde, mas também somos gênero, isto é, produto do processo sociocultural que molda na sociedade os papéis femininos e masculinos e define as pautas de relação entre homens e mulheres. Há, assim, uma relação de mútua determinação entre sexo e gênero no qual este último adquire a maior hierarquia na produção dos estados de saúde (Barata, 2009, p. 74-75).

Sendo assim, segundo a autora, as desigualdades entre homens e mulheres no âmbito da saúde ocorrem das relações de gênero e das particularidades biológicas do sexo. O equívoco apontado por Barata (2009) nas definições de sexo e gênero refletem nos problemas associados especificamente as mulheres, tais como a saúde reprodutiva.

Na construção do conceito social do papel da mulher, Bordieu (2002) elucida sobre a diferença construída entre os gêneros, onde as relações sociais ocorrem por meio da dominação masculina, na qual através das diferenças biológicas é imposta a divisão social do trabalho, a distribuição das atividades para cada sexo. Saffioti aponta a discriminação em que as mulheres sofrem neste aspecto:

A dominação-exploração constitui um único fenômeno, apresentando duas faces. Desta sorte, a base econômica do patriarcado não consiste apenas na intensa discriminação salarial das trabalhadoras, em sua segregação ocupacional e em sua marginalização de importantes papéis econômicos e político-deliberativo, mas também no controle de sua sexualidade e, por conseguinte, de sua capacidade reprodutiva (Saffioti, 2004, p.106).

É importante destacar o apontamento da autora quanto à presença de racismo e classes sociais na composição do poder do patriarcado, que se manifesta não só nessa hierarquização apontada, mas também demonstra uma “contradição de interesses”, ou seja, a “preservação do *status quo*”, e assim de uma ordem política, e

também das “transformações para uma igualdade social”. A solução dessas contradições só será possível em outro regime societário, pois “exige transformações radicais no sentido da preservação das diferenças e da eliminação das desigualdades” (Saffioti, 2004, p.107).

A desvalorização da mulher ocorre desde as sociedades pré-capitalistas sob o estigma de uma fragilidade na qual o homem teria que oferecer proteção, evidenciando a “tradição de submissão da mulher ao homem e a desigualdade de direitos entre os sexos” (Saffioti, 2013, p.63). Assim, a mulher nessas sociedades era inferiorizada ao homem, por eles deterem o principal papel econômico na família, sendo elas julgadas como incapazes de tomar decisões e por não terem um papel claro de funções no seio social e familiar, talvez, com exceção para a reprodução. No que diz respeito à família quanto ao sistema ideológico, “a partir de sua capacidade procriadora, ser mulher equivale a ser mãe” (Silva, 1992, p.70).

Neste regime, as mulheres são objetos da satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e de novas reprodutoras. Diferentemente dos homens como categoria social, a sujeição das mulheres, também enquanto grupo, envolve prestação de serviços sexuais aos seus dominadores. Esta soma/mescla de dominação com exploração é aqui entendida como opressão (Saffioti, 2011, p.105).

A inferiorização social serve como um instrumento essencial para a sociedade capitalista patriarcal, pois se beneficia das enormes massas de mão-de-obra feminina para extrair a mais-valia absoluta, no trabalho industrial, através “da intensificação do trabalho, da extensão da jornada de trabalho e de salários mais baixos que os masculinos” (Saffioti, 2013, p. 67).

Dessa forma, o modo de produção capitalista, além de dividir a sociedade em classes, usa a tradição para justificar a marginalização de alguns segmentos da população. “[...] a ideologia do poder do macho interessa à classe patronal, já que é mais fácil de submeter a más condições de trabalho e baixos salários contingentes e categorias sociais discriminadas [...]” (Silva, 1992, p.64 apud Saffioti, 2004, p. 44).

Segundo Saffioti (2004, p. 44), o patriarcado “é o regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens”, ou seja, é um determinante comum as expressões da violência contra a mulher, uma vez que vivemos em uma sociedade que também é sexista. “Todas as formas de violência estão relacionadas à

desvalorização da mulher nessa sociedade patriarcal, que nos concebe como coisas a serviço dos outros, como objeto de satisfação [...]” (Cisne e Santos, 2018, p.78)

Conforme Nascimento (2022), é fundamental destacar que ao sistema patriarcal não cabe o interesse em investigar as violências de gênero, uma vez que a classe dominante não apresenta pretensão em atender às demandas das mulheres. Sendo assim, a naturalização dos abusos e o viés conservador está enraizado e sustenta essa estrutura patriarcal.

Conforme apresenta Engels (1884), o patriarcalismo se consolida nas relações sociais logo após o surgimento da família monogâmica, onde prevalece o homem e as suas vontades, e, na mesma intensidade subjuga o valor da mulher e inferioriza a sua existência como tal. A partir dessa concepção de família ultrapassada, tanto a violência moral, quanto a de cunho sexual se fizeram cada vez mais presentes no cotidiano feminino (Nascimento, 2022, p. 18).

Nesse contexto, segundo Nascimento (2022), o patriarcado visa o controle exacerbado sobre a mulher pelo homem, manipulando o campo ideológico e apropriando de seu corpo e sua sexualidade. Com a dominação do patriarcado, a mulher é subordinada às relações sociais e sexuais, possibilitando que toda e qualquer violência seja naturalizada. Assim, a violência obstétrica se torna fruto desse sistema, se apropriando do corpo da mulher. “A destruição do direito materno foi a grande derrota histórica do sexo feminino. O homem assumiu o comando também em casa; a mulher foi degradada e reduzida à servidão; tornou-se escrava do prazer do homem e mero instrumento de reprodução” (Engels, 2004, p. 39-41 apud Nascimento, 2022, p. 19).

Esse regime de dominação se expressa em inúmeras violências de gênero. De tal forma que Sousa e Sirelli (2018, p. 328 apud Cisne e Santos, 2018, p.72), também consideram a violência contra as mulheres uma das muitas expressões da questão social, pois ela é uma consequência das relações sociais desiguais estabelecidas no modo de produção capitalista vigente. Essa estrutura econômica - social traz consequências reais e perversas para a vida da classe trabalhadora, em especial às mulheres. Dentre as diversas manifestações de violência estão: a física, a sexual, a patrimonial, a moral, a psicológica, a social e a obstétrica, sendo que esta última “está diretamente vinculada à concepção da mulher como “coisa” e não como “ser humano” (Cisne e Santos, 2018, p.72).

A violência contra a mulher possui tamanha expressão e extensão que não se

restringe a casos isolados, regiões isoladas, sua proporção é global, tanto que organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) fomenta políticas públicas e ações como formas de mitigar as desigualdades de gênero e garantir direitos às mulheres.

Um exemplo desses esforços é a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em 1994, realizada no Cairo, que reuniu a comunidade internacional na qual foram estabelecidas três metas a serem alcançadas até 2015: a redução da mortalidade infantil e materna, acesso à educação especialmente para as meninas e acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva e planejamento familiar.

Esse reconhecimento do pleno exercício dos direitos humanos, incluindo a saúde reprodutiva e a igualdade de gêneros mostrou-se como um grande avanço na questão da violência contra a mulher, entretanto, alguns obstáculos ainda precisam ser superados para a concretização dessas metas, como a falta de recurso financeiro e o crescimento de movimentos conservadores que são contrários e esses princípios (Patriota, 2004, p. 34-35).

Ressalta-se que levantar o debate e defender os direitos das mulheres perante a comunidade internacional é um ato de grande significado simbólico, posto isso destaca-se que a ONU manifesta como princípios:

O progresso na igualdade e equidade dos sexos, a emancipação da mulher, a eliminação de toda espécie de violência contra ela e a garantia de poder ela própria controlar sua fecundidade são pedras fundamentais de programas relacionados com população e desenvolvimento. Os direitos humanos da mulher e da menina são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais. A plena e igual participação da mulher na vida civil, cultural, econômica, política e social, nos âmbitos nacional, regional e internacional, e a erradicação de todas as formas de discriminação com base no sexo são objetivos prioritários da comunidade internacional (Patriota, 2004, p. 42-43).

Em relação a igualdade dos sexos, equidade e empoderamento da mulher, segundo a ONU:

O empoderamento e a autonomia da mulher e a melhoria de seu status político, social e econômico são, em si mesmas, um fim de alta importância. Além de ser essencial à realização de um desenvolvimento sustentável. Plena participação e parceria tanto da mulher quanto do homem são necessárias à vida produtiva e reprodutiva, inclusive a partilha das responsabilidades no cuidado e

alimentação dos filhos e na manutenção da família. Em todas as partes do mundo, as mulheres sofrem ameaças a sua vida, a sua saúde e a seu bem-estar em consequência de sua sobrecarga de trabalho e por carecerem de poder e de influência. Na maior parte do mundo, as mulheres recebem menos educação formal que os homens e, ao mesmo tempo, sua capacidade, saber e mecanismos de luta muitas vezes não são reconhecidos. As relações de poder que impedem a mulher de alcançar uma vida sadia e plena operam em muitos níveis da sociedade, desde os mais pessoais até os mais altamente públicos. Conseguir uma mudança requer ações de política e programas que melhorem o acesso da mulher a meios de vida seguros e a recursos econômicos, aliviem sua excessiva responsabilidade com relação aos encargos domésticos, removam impedimentos legais a sua participação na vida pública e promovam a conscientização social por meio de eficientes programas de educação e de comunicação de massa. Ademais, a melhoria do status da mulher reforça também sua capacidade de tomar decisões em todos os níveis das esferas da vida, especialmente na área da sexualidade e da reprodução. Isto, por sua vez, é essencial para o sucesso, de longo prazo, de programas de população. A experiência demonstra que programas de população e desenvolvimento são mais eficientes quando, simultaneamente, se tomam providências para melhorar a situação da mulher (Patriota, 2004, p. 49-50).

Dessa forma, refletindo a necessidade da emancipação da mulher em todas as áreas, fazendo a correlação com a violência nos serviços de saúde, Brisola *et. al.* (2023), aponta que na última década os movimentos feministas e alguns grupos tentam resgatar o reconhecimento da fisiologia do parto e a importância do protagonismo da mulher no momento do parto. “As violações dos direitos humanos das mulheres no Brasil têm seus fundamentos no patriarcado, nas desigualdades de gênero e no racismo estrutural associados à lógica capitalista exploradora e opressora” (Brisola *et. al.*, 2023, p. 2).

## 1.2 O SISTEMA PATRIARCAL E O CAPITALISMO

Durante os séculos XIX e XX, existia uma forte preocupação com o controle de natalidade, na intenção de povoar a nação. Segundo Angus Mc Laren (1994 apud Rohden, 2003, p. 27-31), métodos contraceptivos como camisinha, pílula, diafragma, abortivos eram vendidos nas farmácias ou nas portas das casas, ameaçando o crescimento da nação e conseqüentemente o futuro da pátria. Colocava-se a culpa da falta de fecundidade em 60% na mulher e 40% no homem, que buscavam restringir o número de filhos. O ato sexual era visto apenas para a procriação da espécie, e condenado para fins individuais.

O autor (Silveira 1908) ainda esmiuça o tema do celibato como contrário às leis da natureza, ao mostrar como a prática do ato sexual é importante. A inação dos órgãos sexuais pode trazer uma série de doenças, como a ninfomania, a histeria, a catalepsia, a melancolia, além de insônia, sonhos eróticos e o "funesto hábito dos prazeres solitários". Só o casamento saudável e ordenado pode pôr fim a todos estes riscos e garantir que a espécie se reproduza de maneira adequada. Parece que, nesse momento, a regulação da sexualidade e do casamento estava definitivamente atrelada a fins bem mais nobres que a satisfação individual. Estavam em jogo o povoamento da pátria e a sobrevivência da espécie (Rohden, 2003, p. 27).

Segundo Brodie (1994) analisado por Rohden (2003), destaca que em virtude da preocupação com o controle de natalidade na Europa ocorreram campanhas contra o aborto e a contracepção, havia também um grande receio em relação a liberdade sexual das mulheres que era abominada. Essas campanhas iniciaram a partir de médicos ginecologistas que na época era uma especialidade nova, muitas vezes confundida com os profissionais que praticavam aborto e contracepção. Através desse movimento os ginecologistas buscavam o reconhecimento enquanto médicos honestos e de moral ilibada, sendo a favor do povoamento da pátria e definindo a saúde da mulher como um problema médico.

Rohden (2003, p. 35), enfatiza o papel social que sempre foi estabelecido para a mulher, "[...] era 'da natureza feminina' ser mãe — o que garantia o patrimônio hereditário da pátria — e permanecer no mundo doméstico, o que reafirmava as relações sociais já estabelecidas." Nesse sentido, Rohden (2003) citando Muel-Dreyfus (1996), traz o mito do eterno feminino, sendo a ideia de uma natureza ou uma essência feminina que historicamente trazia garantias para conservar a sociedade.

Segundo Rohden (2003), nas primeiras décadas do século XX, a maternidade e a infância eram super valorizados destacando a ideologia nacionalista e as ideias eugênicas. No Brasil havia a preocupação com a miscigenação, além disso, havia outros impasses como o aumento de recursos para controle da natalidade, movimentos feministas e a inserção da mulher no mercado de trabalho. Discutia-se também o papel da medicina, da mulher e da criança na sociedade.

Também no Brasil as questões da raça e do futuro da nação foram as bases sobre as quais se tentou elaborar um discurso e uma prática que envolviam a definição da mulher como presa ao único destino 'natural' da maternidade. A diferença é que aqui os inimigos eram outros, ou melhor dizendo, o grande inimigo era a degeneração racial relacionada à mistura das raças que constituíam o país, além, é claro,

do perigo representado pelas doenças que pululavam da cidade ao sertão, e da imagem de que um extenso território ainda estava para ser povoado (Rohden, 2003, p. 36).

Ainda conforme a autora, a partir da miscigenação, a questão racial começou a ser discutida em função da degeneração da raça devido à proliferação da sífilis, ao alcoolismo ou a outros 'flagelos sociais' (Rohden, 2003).

Sublinha-se também Corrêa (1998) citado por Rohden (2003), que enfatiza a mistura racial como uma preocupação constante em relação a constituição da nação desde meados do século XIX, sob a perspectiva da massa populacional política do país que seria “produzida”, sendo então esse o foco do debate entre os estudiosos. Para Sílvia Romero e Nina Rodrigues apud Rohden (2003, p. 36) o determinismo biológico, muito utilizado na época, define que a raça poderia formar uma nova ordem social, regulando a população através da tutela dos indivíduos considerados inferiores .

O negro e a miscigenação representavam um perigo potencial, tanto pelas características biológicas que propagariam quanto por uma espécie de contaminação cultural que representariam para outras raças. Os mestiços, assim como outras categorias intermediárias ou ambíguas, como velhos, adolescentes e homossexuais, eram especialmente estudados. Sobre eles recai de maneira condensada a apreensão relativa à necessidade de estabelecer as fronteiras entre o civilizado e o bárbaro, já que, na medida em que eram 'misturados', poderiam esconder as suas perigosas diferenças. A definição clara destas diferenças era fundamental para a implantação da ordem social (Corrêa, 1998 apud Rohden, 2003, p. 37).

No contexto brasileiro, no período do Estado Novo, era ainda mais reforçado o papel social conservador atribuído à mulher. Segundo Rohden (2003) a tentativa de modelar o cidadão para essa sociedade acontecia de forma invasiva na vida pessoal da população.

Desse modo, a moralidade pública e o modelo de família era idealizado pelas elites considerando o casamento como indissolúvel, em que o homem é o provedor e a mulher cumpre com o papel de “mãe, do lar e educadora”. Nessa configuração, elas não podiam trabalhar e nem caminhar sozinhas pelas ruas. “A mulher modelo do Estado Novo tinha como atributos a timidez, a ingenuidade, a prudência, a fragilidade e a abnegação, opondo-se às transgressoras, devassas, libertinas, separadas, que circulavam livremente nas ruas” (Rohden, 2003, p. 38)

É neste cenário, no final do século XIX e início do século XX, que a medicina

começa a ocupar um importante espaço social e político na sociedade através das suas propostas de intervenção na reprodução dos indivíduos, visando a preocupação com a constituição de uma nação forte e saudável.

Com a finalidade de aumentar seu poder de intervenção, os médicos passaram a ocupar cargos públicos, dessa forma o pensamento médico e os diagnósticos oferecidos por eles sobre a doença e a raça, começaram a ser respaldados pela população, se tornando um empreendimento o debate em torno da nação e da reprodução das mulheres (Rohden, 2003, p. 43-44). Até esse período observa-se que a mulher não é vista como um sujeito individual, mas como um ser destinado a cumprir com a sua missão de reproduzir a espécie. Conforme Rohden:

Constata-se, assim, que a sociedade não está interessada a princípio na mulher, mas naquilo em que ela pode ser produtiva ou prejudicial. O que está em jogo é a produção de novos indivíduos para a coletividade. E a mulher que chegou ao estado de gravidez tem de necessariamente apresentar algum resultado, ou seja, o filho, mesmo que seja morto. A gravidez está muito longe de ser vista como um evento do plano pessoal ou privado. Ela é um acontecimento social, na medida em que deve ser de domínio público, mas também no sentido de que produz bens para a sociedade. A mulher tem como destino a reprodução. [...] E se no cumprimento desta missão algo sair errado, é preciso investigar muito bem as razões, determinando se trata de um crime ou de uma manifestação de loucura (Rohden, 2003, p. 50).

Dessa forma, para Lopes (1877) citado por Rohden (2003), a maternidade é o objetivo central da vida da mulher com o fim da reprodução, e essa condição santifica a mulher e também oferece a ela sacrifícios. “Para a mulher atingir a plena realização, que é ser mãe, ela precisa suportar sofrimentos e passar por provas, mostrando que é digna de uma tarefa tão importante. A última dessas provas se refere a enfrentar as desordens advindas com o estado puerperal.” O autor ainda destaca a mulher enquanto heroína, merecedora do sacrifício materno, sendo este um desígnio divino (Lopes, 1877 apud Rohden, 2003, p. 51-52).

De acordo com Rohden (2003), a partir de 1870 surge uma preocupação com o casamento na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, associado a discussão do sexo, procriação, e manutenção da ordem social. Observava-se a vida conjugal, a lealdade dos cônjuges, o cuidado entre eles e a educação que era ofertada aos filhos. Xavier (1876) citado por Rohden (2023, p. 181-183), traz que era debatido questões como a idade ideal para o casamento para que não ocorresse de forma



tardia ou precoce, sendo 19 e 20 anos para as mulheres e 24 a 25 anos para os homens. O autor também indica o vício do onanismo conjugal e o ato sexual que não seja para fins de procriação, como por exemplo durante a menstruação, na gravidez ou durante a amamentação. Para ele, esses atos feriam o pudor e tornaria o homem irracional, sendo ele o responsável por conduzir a mulher a este ato considerado profano, sendo assim, a aliança conjugal deveria ocorrer com um grau de castidade.

Xavier (1876) citado por Rohden (2003), traz também uma nova modalidade da medicina muito utilizada na época, o médico higienista. Trata-se de um profissional preocupado com os interesses individuais e públicos, inerentes à sociedade, sendo responsável pelos segredos das famílias em prol da construção de uma descendência saudável.

Em virtude da preocupação do aperfeiçoamento da raça e evolução da nação, é atribuído à medicina higienista o papel de redefinição dos papéis masculinos e femininos na sociedade, com ênfase no papel da mulher como “base da harmonia e moral do lar” e com sua a “função reprodutora” (Rohden, 2003, p. 184).

A medicalização do corpo feminino está profundamente ligada à emergência da nova visão da prática médica, que se consolida no século XIX. O significado dessa nova visão traz uma questão fundamental para o entendimento deste, já que existe um caráter específico na concepção de sua natureza, que está relacionada à questão da reprodução focada na mulher e na necessidade da sociedade controlar suas populações (Vieira, 2008, p. 21).

Conforme Passos (1913) analisado por Vieira (2008), traz que às mulheres não cabia o papel de trabalhadora, uma vez que não poderiam ser sobrecarregadas com esforços físicos, pois o organismo feminino sempre está em atividade fisiológica como a menstruação, gestação e a lactação. Trabalhar fora de casa representaria um grande perigo para a reprodução, ameaçando a saúde da criança e o número de nascimentos (Rohden, 2003, p. 188). Sendo assim, “[...] a medicalização termina por transformar principalmente o corpo feminino em objeto de saber médico, no que se refere à sexualidade e à reprodução [...]” (Vieira, 2008, p. 22-23).

No processo de individualização inaugurado pelo modo de produção capitalista, ela contaria com uma desvantagem social de dupla dimensão: no nível superestrutural, era tradicional uma subvalorização das capacidades femininas traduzidas em termos de mitos justificadores da supremacia masculina e, portanto, da ordem social que a gerara; no plano estrutural, à medida que se desenvolviam as forças produtivas, a mulher vinha sendo

progressivamente marginalizada das funções produtivas, ou seja, periféricamente situada no sistema de produção (Saffioti, 2013, p.65).

Além da definição do papel social da mulher enquanto reprodutora na sociedade capitalista, avalia-se também suas condições cognitivas. Lívio em 1887 destacado por Castro (1893), afirma que segundo pesquisas o cérebro feminino é inferior ao masculino, visto seu peso, volume e forma. Afirma, ainda, que desde o nascimento a superioridade cerebral do homem se manifesta e a evolução do cérebro masculino ocorre de forma mais rápida.

Nessa concepção, a mulher sempre está a serviço do homem, não sendo necessário utilizar o cérebro, com isso ocorre a atrofia desse órgão por inação. Segundo ele, isso justificaria a necessidade da dominação masculina sobre a mulher. O autor segue afirmando que o homem se torna responsável pela falta de desenvolvimento mental da mulher, pois se coloca contra a educação feminina, pois ela poderia causar o afastamento da mulher do lar. (Castro, p. 193-195). A mulher é vista como um ser que não se desenvolve mentalmente, sendo reservado e ela apenas o dever de ser mãe e a alienação auxilia na manutenção desta ordem.

Dessa forma, tem-se a virilidade enquanto qualidade do vir, *virtus*, questão de honra, princípio da conservação e do aumento da honra, mantém-se indissociável, pelo menos tacitamente, da virilidade física, assim a potência sexual, o deflorar a noiva, são esperados de um homem que deseja se afirmar enquanto homem (Bourdieu, 2002, s/p).

Conforme Rohden (2003) a educação feminina começa a ser pensada para o “bem da espécie e do país”, visto que o foco era a promoção de uma nação útil e proveitosa, tornando-se fundamental a mulher como reprodutora ser bem educada para gerar bons frutos.

Em 1922, Gouveia ministra na Academia Nacional de Medicina a palestra “A missão social do médico e da mulher no Brasil”, trazendo esta missão da educação feminina para a classe médica (Rohden, 2003, p. 199) A puericultura, citada por Aragão, se torna um campo com a finalidade dos cuidados desde o período concepcional, fazendo a higiene pré-natal e prestando atendimento da criança até a fase da adolescência. As mulheres, por sua vez, precisam ser orientadas em como cumprir com seu papel social (Rohden, 2003, p. 202).

Rohden (2003) enfatiza o ano de 1940, durante o governo Vargas, quando

ocorre uma articulação dos ginecologistas e obstetras com o Estado, a partir daí algumas medidas são tomadas. De acordo com os Annaes Brasileiros de Gynecologia, desse mesmo ano:

O Presidente da República acaba de decretar as medidas necessárias a um vasto programa de assistência à maternidade, à infância e à adolescência. De fato, o decreto-lei número 2.024 de 17 de fevereiro de 1940, fixa as bases da organização da proteção à mulher mãe e à criança, atendendo, dessa forma, a um alto imperativo de grande alcance para a nossa pátria. Esse o motivo pelo qual estes Anais que têm como parte de seus propósitos, cooperar para esse mesmo fim, resolverem dedicar estas páginas ao registro da medida governamental que vai ao encontro de uma necessidade vital para o Brasil, vasta região do globo à espera de uma população numerosa, mas nas melhores condições de higiene possível, para não continuar a ser o vasto hospital, a que se referia o saudoso Prof. Miguel Pereira (Annaes Brasileiros de Gynecologia, 1940, p. 161 apud Rohden, 2003, p. 205).

Nota-se que os médicos começam a “defender” a proteção da mulher trabalhadora e a assistência médica, entretanto, a preocupação não era com seu bem-estar, mas na produção de filhos saudáveis para o país uma vez que a mulher era a responsável pelo futuro “capital humano” da pátria.

A mulher se torna importante para a sociedade, mas devido a sua função de garantir a reprodução necessária para o futuro do país (Rohden, 2003, p. 213-214). Destaca-se que:

E é a partir dessa perspectiva que os médicos vão passar a insistir muito na necessidade de educar a mulher para o bom cumprimento do seu destino natural. Mas é uma educação que, em primeiro lugar, pressupõe que ela precisa reaprender com a medicina o seu papel original. Entretanto, indica que qualquer iniciativa no sentido de promover o 'desenvolvimento' da mulher envolve não o seu reconhecimento como sujeito, mas o que ela representa em termos da propagação da espécie e do progresso da nação (Rohden, 2003, p. 214).

A crença de que as mulheres precisavam produzir mais e melhor, se relaciona a boa educação feminina, bem como a preocupação com o melhoramento da raça. Dessa forma, “[...] enquanto no século XIX a mulher é responsável pelos filhos, marido, família, nas primeiras décadas do século XX ela se torna a responsável pelo aprimoramento da raça e futuro da nação, uma missão sem dúvida ainda mais grave. (Rohden, 2003, p. 214-215)

Portanto, percebe-se que o sistema capitalista se sustenta pela ideologia

patriarcal e sexista de reduzir a mulher à função materna, com o objetivo de gerar filhos que terão sua mão-de-obra explorada futuramente, mas serão valiosos para a evolução e manutenção da sociedade. A raça também é um critério de inferioridade, uma vez que há uma preocupação do sistema em manter uma raça considerada saudável e legítima, sendo assim, a população negra é marginalizada, sobretudo as mulheres por serem aquelas que procriam a espécie.

### 1.3 O SISTEMA PATRIARCAL E A VIOLÊNCIA RACIAL

Historicamente as mulheres em sua totalidade estão sujeitas ao sofrimento, entretanto, as mulheres negras fazem parte de um segmento populacional que supera o índice de violência e exploração, uma vez que sempre foram rejeitadas pela sociedade. Esse processo de violência contra essa parcela de mulheres, foi legitimado pelo período de escravidão no Brasil onde elas eram “coisificadas” sofriam exploração nas relações de trabalho, além das explorações sexuais. Eram dominadas pelos senhores brancos e usadas como objeto de prazer para satisfazerem suas vontades sexuais (Nascimento, 2022, p. 25).

Desde a travessia dos navios negreiros quando homens e mulheres negros foram trazidos para serem escravizados por décadas, onde foram tratados como animais. A resistência, desde então, precisou fazer parte da identidade negra feminina, visto que além do racismo estrutural vivemos em uma sociedade machista e sexista, e ser mulher e negra nesta sociedade, é sinônimo de desfavorecimento social, político, econômico e cultural. A luta contra as desigualdades é secular (Santos, 2021, p. 157).

A articulação de mulheres negras enquanto movimento social tem sido fundamental para o enfrentamento das desigualdades com as quais grande parte das mulheres deste grupo se depara nos serviços de saúde. A história das mulheres negras no Brasil é marcada por um processo violento que insiste em permanecer na atualidade. Desde a travessia transatlântica, no interior dos tumbeiros e navios negreiros, as mulheres negras são alvo de violência por terem sido, sumariamente, separadas de seus filhos e violentadas sexualmente, tendo seus partos desconsiderados (Santos, 2021, p. 156).

No final dos anos 80, começou a se consolidar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), em que ocorreram dois movimentos importantes encabeçados pelo movimento negro, a campanha “Não matem nossas

crianças”, que denunciava a morte de crianças e jovens negros através dos grupos de extermínios e a campanha “Esterelização das mulheres negras: do controle da natalidade ao genocídio do povo negro”, denunciando a esterelização das mulheres negras como forma de controle populacional, forjado pela ideia de “planejamento familiar” (Lopes; Werneck, 2009 apud Santos, 2021, p. 158-159).

A partir de muita luta, a saúde da população negra ganhou novos olhares em meados de 1990, tendo grupos religiosos de matrizes africanas como protagonistas. Em 1996 passou a ser incluída a cor nas declarações de nascidos vivos e óbitos. No ano de 2001 foi realizado em Durban, na África do Sul, a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, que endossou a discussão sobre questão racial, buscando estabelecer formas de combate ao racismo e as desigualdades. No mesmo ano, também foi discutido as desigualdades raciais na saúde, através do *Workshop* Interagências de Saúde da População Negra que reuniu especialistas do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e o Ministério britânico para o Desenvolvimento Internacional (DIFD), culminando na elaboração da “Política nacional da saúde da população negra: uma questão de equidade”.

O referido documento incluía a importância da capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento dessa população, e a informação da população em relação à atenção à saúde.

Em 2003 foi criado o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir). Sendo que, nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde reconheceu o racismo como determinante social de saúde.

Ainda em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres com o objetivo de fomentar políticas públicas que contribuíssem com a qualidade de vida das mulheres, enfrentar todas as formas de discriminação social, racismo e sexismo vivenciados pelas mulheres negras.

Em 2007 foi realizado a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres com a participação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra com representantes do Ministério da Saúde e de Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais, formulando uma proposta de política nacional específica

para as mulheres negras, culminando na PNSIPN que foi criada em 2006.

Mesmo com a criação de políticas públicas, diariamente mulheres negras são vítimas de discriminação, preconceito e violência precisando lutar diariamente pelos seus direitos, mesmo aqueles já conquistados.

Em 2015 ocorreu a Marcha das Mulheres Negras Contra o Racismo e a Violência e Pelo Bem Viver, reivindicando direito a vida, a equidade, ao bem-estar das mulheres e a luta contra a discriminação racial e sexual. A manifestação aconteceu em Brasília, reunindo 50 mil mulheres do Brasil e outras partes do mundo (Geledes, 2015 apud Santos, 2021).

Segundo Santos (2021), os índices apontam a mortalidade materna nos atendimentos de saúde em 2,7 vezes mais em mulheres pretas e pardas. Esse índice é baseado na qualidade dos atendimentos prestados pelos profissionais, junto a falta de ações, e a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para uma assistência adequada a essas mulheres no período gravídico-puerperal.

Mulheres pretas e pardas têm liderado a luta pela justiça reprodutiva no Brasil ao pontuarem a indissociabilidade entre saúde, direitos sexuais/reprodutivos e justiça social. O Guia de defesa popular da justiça reprodutiva organizado pelo Coletivo Margarida Alves Assessoria Popular revela que o termo foi popularizado na década de 1990, e sua definição é: “o direito humano de se manter a autonomia corporal pessoal, de ter filhos e de não ter filhos, e de educar os filhos que temos em comunidades seguras e sustentáveis” (Coletivo Margarida Alves, 2020, p. 8). A justiça reprodutiva faz sentido para a realidade na qual as mulheres negras vivem no Brasil, já que defronta violações de direitos, sendo estes garantidos constitucionalmente. O direito à saúde é violado quando mulheres negras sofrem violência obstétrica, uma vez que coloca em risco sua integridade física e psicológica. A intersecção de opressões – gênero, raça/cor e classe – impacta o acesso à saúde e o exercício da sexualidade e da reprodução (Santos, 2021, p. 161).

Gonzalez (1984), trazida por Santos (2021, p. 164), diz que “há 35 anos se mostra atual ao se pensar a intersecção ‘mulata, doméstica e mãe-preta’”. Pensando numa perspectiva histórica baseada na colonização do Brasil extremamente violenta com as mulheres pretas a partir da escravidão, refletindo nos cuidados em que estes sujeitos recebem nas unidades de saúde, principalmente nas maternidades, onde a discriminação e desigualdades de gênero, raça e classe se apresentam.

De acordo com Assis (2018, p. 548-549), do contexto histórico de escravidão resultaram práticas conscientes e inconscientes retratando “a pessoa negra como

desprovida de inteligência, humanidade, capacidade de articulação política, não sendo pensada como alvo de cidadania plena.” Essas ideologias trazem uma imagem engessada e naturalizada da população a inferioridade, coisificação e a subalternidade.

Dessa forma, esses estereótipos encobertos de discriminação e preconceito, alimentam o racismo institucional culminando nas desigualdades sociais que influenciam diretamente no acesso a diversos serviços. Neste trabalho, sendo focalizado os serviços de saúde, destaca-se algumas das várias formas de manifestações do racismo na área de saúde:

Estudos como os de Kalckmann *et al.* (2007, p. 146) identificaram expressões verbalizadas para mulheres negras durante o pré-natal e o parto, tais como: “Escutei a recepcionista (pré-natal) falar: negra é como coelho, só dá cria”; “No parto do meu último filho não me deram anestesia”; “O médico nem examinou a gestante negra”. Ou ainda: “No pré-natal, só mandavam emagrecer eu nem sabia o que era eclampsia, quase morri”. A partir disso, tratar a violência obstétrica atrelada ao racismo institucional se torna relevante por externalizar o histórico de violação de direitos aos quais as mulheres negras são submetidas, sobretudo, no período gravídico puerperal (Assis, 2018, p. 549).

Sublinha-se também que “desde a travessia do continente africano para as Américas, a resistência às formas violentas e inumanas dispensadas aos africanos negros e seus descendentes por parte dos colonos tiveram muitas formas de oposição” (Assis, 2018, p. 559).

Mediante ao contexto histórico marcado por violência contra a população negra, a resistência faz parte do cotidiano das mulheres negras, que lutam há séculos contra as desigualdades. Assim, o movimento dessas mulheres combatem essa estrutura hierárquica em relação ao gênero, raça e classe.

Os índices estatísticos demonstram a disparidade racial nos serviços de saúde. De acordo com o Relatório Socioeconômico da Mulher (RASEAM)<sup>1</sup> do ano de 2014, as mulheres negras são os principais alvos de mortalidade materna no Brasil. Foi apurado que as intercorrências que provocam as mortes maternas vêm reduzindo entre as mulheres brancas. Entre os anos 2000 e 2012, os óbitos em

---

1 “O Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (RASEAM) é um importante instrumento para a execução de políticas públicas e para o desenvolvimento de pesquisas. Representa o compromisso da Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres com a gestão da informação, transparência e com o aprimoramento dos aparelhos do Estado para oferecer serviços públicos de qualidade para as mulheres brasileiras.” Fonte: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/noticias/2023/abril/observatorio-brasil-da-igualdade-de-genero-retoma-producao-anual-do->

consequência de hemorragias entre as mulheres negras aumentaram de 190 para 202 casos, enquanto que em relação às mulheres brancas o número de casos reduziu 141 para 93 (Assis, 2018, p. 552).

No marcador social cor/raça, Ramos (2016) mencionado por Assis (2018, p. 553), considera outras situações que ocorrem nos serviços de saúde em relação às mulheres negras como a falta de informação sobre a amamentação, a falta de acompanhamento no período gravídico, e o tempo de atendimento que costuma ser menor do que as mulheres brancas. Demonstrando uma assistência indevida nos cuidados com a saúde.

Os médicos também costumam prescrever menos analgésicos para pacientes negros, visto o estereótipo engessado pela sociedade em que a pessoa negra suporta mais a dor. “[...] O estigma na sociedade que enxerga a mulher negra como um indivíduo de maior resistência à dor, culminando numa justificativa racista e sexista para a manutenção da rede violência que envolve as mulheres negras” (Nascimento, 2022, p. 25).

Em uma pesquisa de opinião recente, uma estudante de medicina branca discutiu como o “currículo silencioso” ensinou-a a tratar pacientes de forma diferente com base em sua raça. Sobre a questão da gestão da dor, ela escreveu: “Quando cheguei ao hospital [...] aprendi que, entre dois pacientes com dor aguardando em uma sala de exames do departamento de emergência, o branco é mais provável que obtenha medicamentos e o preto é mais provável que seja dispensado com uma nota documentando narcóticos (James, 2017, p. 4 apud Assis, 2018, p. 556).

De acordo com Assis (2018, p. 557), a pesquisa “Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar” de 2014, indica que o maior tempo de espera nos atendimentos e a menor privacidade nos exames realizados foi associado a cor da pele das entrevistadas.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) de 2015, registrou entre os anos 2000 e 2013 273 óbitos de mulheres brancas contra 485 óbitos de mulheres negras no município do Rio de Janeiro, esse registro mostra uma diferença de 56% a mais de mortes maternas entre as mulheres negras (DATASUS apud Assis, 2018, p. 560).

Infere-se diante ao apresentado que a condição da mulher na sociedade não ocorreu por mero acaso do nascimento, mas que foi arquitetado para que a pirâmide



social fosse sustentada, tendo na base às mulheres, especialmente àquelas da classe trabalhadora e em situação ainda mais grave se da raça negra. Este esforço para a submissão feminina visa manter o topo dessa pirâmide de privilégios sociais para uma elite composta exclusivamente por homens, caso sejam brancos, héteros e detentores de capital o sonho da sociedade burguesa se concretiza.

Desse modo, mediante ao contexto histórico ao qual as mulheres negras estão inseridas, e os índices de violência aqui demonstrados, é inegável que mesmo com os avanços das políticas e a luta dos movimentos negros, a violência nos serviços de saúde contra esta parcela da população feminina é muito maior, sendo fundamentada no racismo institucional.

Traçando um paralelo entre gênero, patriarcado, capitalismo e questão racial, é possível compreender a relação intrínseca existente, uma vez que a estrutura patriarcal construída e enraizada na sociedade, é responsável pela dominação do gênero feminino. As mulheres por sua vez representam socialmente o papel de reprodutoras de sua espécie, nutrindo o sistema capitalista de novas mãos-de-obra, sendo exploradas, violadas e cerceadas de seus direitos numa sociedade que além de patriarcal, é sexista e machista. Para além disso, quando falamos em violência contra mulheres, destaca-se ainda a questão racial, visto o histórico de violências sofridos pelas mulheres negras desde a chegada dos navios negreiros, onde foram trazidas para terem suas mãos-de-obra e seus corpos escravizados pelos senhores brancos.

Cabe ressaltar que, embora diversos direitos tenham sido conquistados com o passar dos anos através de muita luta por movimentos feministas, as mulheres continuam sendo violentadas diariamente, uma vez que ainda existe a reprodução conservadora da sociedade em relação ao seu papel social. Sendo a violência obstétrica o foco deste trabalho, é necessário refletir e articular mudanças nos atendimentos dos serviços de saúde.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica vem sendo abordada no Brasil através de trabalhos feministas desde a década de 1980, sendo a primeira publicação no livro *Espelho de Vênus* do grupo Ceres. Nessa obra o parto institucionalizado é descrito como uma experiência violenta.

Outrossim, destaca-se que no final da década de 1950, nos Estados Unidos, foi publicado em uma revista para donas de casa a matéria “Crueldade nas maternidades” descrevendo diversas torturas aos quais as parturientes eram submetidas, sendo elas: sedação profunda, algemas e amarras nos pés e mãos, e, conseqüentemente os hematomas e lesões que deixavam no corpo e uso de fórceps em mulheres desacordadas.

Com a repercussão da matéria divulgada, a revista começou a receber inúmeros depoimentos semelhantes, mobilização que fomentou mudanças na assistência ao parto, dessa forma, foi criada a Sociedade Americana de Psicoprofilaxia em Obstetrícia. Doravante, no Reino Unido foi criada a sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas após manifestações em 1958.

Sublinha-se, ainda, a publicação e veiculação de livros feministas das décadas de 60 a 80 que também reforçaram essas críticas, como o clássico *Our Bodies Ourselves*, denunciando essas práticas irracionais.

Na América Latina o destaque vai para o Centro Latino-americano dos Direitos da Mulher que publicou em 1998, no Peru, o relatório *Silencio y Complicidad: Violencia contra la Mujer en los Servicios Públicos de Salud*, documentando as diversas violações dos direitos da mulher durante o parto. (Diniz *et. al.*, 2015, p. 2)

Segundo os autores, o tema já era tratado nas políticas de saúde ao final da década de 80 no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)<sup>2</sup>, reconhecendo o tratamento recorrentemente agressivo com as mulheres. Entretanto, embora estivesse sendo tratado nas pautas feministas e políticas públicas, a violência obstétrica foi negligenciada em decorrência da resistência dos profissionais e da falta de acesso às mulheres predominantemente pobres aos serviços de saúde (Diniz *et. al.*, 2015, p. 2).

---

<sup>2</sup> O PAISM é um documento elaborado pelo Ministério da Saúde em 1983, incorporando ideias feministas na atenção à saúde, com ênfase na saúde reprodutiva, contendo propostas prioritárias à população feminina. O documento foi resultado da mobilização de mulheres que buscavam o reconhecimento da cidadania e dos direitos. Fonte: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002559.pdf>.

A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) criado em 1993 reconheceu a violência e os constrangimentos aos quais a assistência à saúde submete as mulheres, entretanto, optou por “[...] favorecer termos como ‘humanização do parto’, ‘a promoção dos direitos humanos das mulheres’, temendo uma reação hostil dos profissionais sob a acusação de violência” (Diniz *et. al.*, 2015, p. 3).

A Organização Mundial da Saúde define a violência como sendo qualquer ação que tenha o uso intencional de força física ou de poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra o outro ou contra um grupo, que resulte ou possa resultar em dano de natureza psicológica, em deficiência, lesão ou morte (Magalhães, 2018, s/p).

A violência obstétrica é uma das várias formas de violências praticadas contra a mulher sendo ocasionada pelos profissionais da saúde às parturientes no pré-parto, no parto e no pós-parto.

Conforme Pereira *et. al.* (2016), a Argentina foi o primeiro país da América Latina a reconhecer legalmente a violência obstétrica, através da *Ley de Parto Humanizado* criada em 2004. Os autores citam Velloso (2014) que analisa a referida lei como uma conquista para as mulheres ao determinar que é direito da mulher ter o processo de parto que respeite seu tempo biológico e psicológico, bem como evite ao máximo qualquer tipo de prática invasiva e medicação desnecessária.

Poucos anos depois a Venezuela sancionou a “*Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*” em 2007. Esse debate foi acirrado devido ao reconhecimento legal acerca de mais uma expressão das muitas violências cometidas contra a mulher e pensando na mudança do parto para o cenário hospitalar.

Segundo Leal *et.al.* (2020, p. 942) com o desenvolvimento da medicina e o avanço de recursos como fórceps e a cesárea, sendo utilizados para salvar a vida da puérpera e do bebê, foi reforçado a necessidade do médico como condutor do parto, construindo a imagem de confiança deste profissional. Dessa forma, o parto deixa de ser tratado como um processo natural e fisiológico, mas que inspira cuidados médicos, sendo as parturientes conduzidas pela equipe de saúde, se reservando a um papel mais passivo. O cenário de partos no Brasil muda radicalmente, sendo atualmente mais de 90% realizados em hospitais, centrado no médico, na tecnologia e na intervenção cirúrgica, tirando a mulher do papel de protagonista.

Na primeira metade do século XX, a cesárea era um recurso utilizado quando

havia risco de vida para a parturiente e/ou nascituro, e com o passar dos anos se tornou a preferência de muitos médicos, e assim, a forma “padrão” de nascer. Com isso, a taxa de cesárea no Brasil é de quase 90% em hospitais de assistência suplementar e quase 45% na rede pública, sendo o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) taxas de 10-15%. (Leal *et. al.*, 2020, p. 942) Cabe ressaltar a importância do avanço tecnológico e do recurso cirúrgico, como a cesárea, fundamental em situações extremas e quando é optado pela parturiente, entretanto, é importante refletir sobre os altos índices de procura. Ainda conforme o autor:

Existem várias práticas que são utilizadas rotineiramente pelos profissionais de saúde, apesar de serem amplamente divulgadas pela OMS desde 1996 como prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas da assistência ao parto, e práticas utilizadas de modo inadequado, dentre outras, que sendo adotadas, influenciam negativamente a experiência do parto, associando-se diretamente a violência obstétrica; além prejudicar o seguimento fisiológico, torna a parturiente suscetível a complicações (Leal *et. al.*, 2020, p. 942).

Quando falamos em violência obstétrica é fundamental ressaltar um fator muito importante que ocorre rotineiramente nos hospitais, a realização de procedimentos sem o consentimento da paciente ou esclarecimentos de sua necessidade. Muitos deles são realizados sem aviso prévio, sendo vários os relatos de incômodo das parturientes em serem submetidas a exames em seu corpo realizados por profissionais que sequer se apresentam e menos ainda informam tal necessidade do exame, além de comentários agressivos durante o procedimento. (Brasil, 2014, p. 59).

A Rede Parto do Princípio (2012)<sup>3</sup> desenvolveu o dossiê da Violência Obstétrica<sup>4</sup> que elucida todas as suas formas de manifestação, sendo elas: a violência física que ocorre através de práticas invasivas, uso indiscriminado de

---

3 “O Parto do Princípio é uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente. Atua na articulação de mulheres nos planos local, regional e nacional por meios virtuais (redes sociais e *e-mails*) e presenciais.” Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br>.

4 Em 2012, a Rede Parto do Princípio entregou para a CPMI da Violência contra a Mulher o Dossiê “Parirás com dor”, sobre violência obstétrica. Nesse documento, foram reunidas informações sobre a violência institucional na assistência à gestação, ao parto e ao nascimento. Diariamente, muitas mulheres e suas famílias são física e emocionalmente desrespeitadas, embora diversos protocolos, comportamentos e intervenções violentas sejam encarados como naturais.” Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br>.

medicações de forma a não respeitar o tempo biológico da parturiente e do nascituro; a violência psíquica por meio do tratamento humilhante, discriminatório, grosseiro e desumanizado, e a violência sexual através de ações que violem a integridade sexual e reprodutiva da mulher. Em linhas gerais, pode-se destacar que:

A violência obstétrica é expressa desde: a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas, pode ser considerado como práticas violentas (Sena e Tesser, 2017, p. 211).

## 2.1 MANIFESTAÇÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Conforme Hill (2010) citado por Pereira *et. al.* (2016), “[...] há várias formas de violência obstétrica como: abuso físico, cuidado indigno, abuso verbal, imposição de intervenções não consentidas, abandono, negligência ou recusa da assistência”. Assim, a violência obstétrica ocorre de diversas formas as quais serão exemplificadas a seguir.

Importante ressaltar que os procedimentos invasivos realizados pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto, dentre eles a episiotomia, a manobra de *Kristeller*, o uso indiscriminado de ocitocina, e amniotomia, a tricotomia, a posição em litotomia, o uso do fórceps, o exame de toque, entre outros, que visam acelerar o trabalho de parto não permitindo que este aconteça de acordo com seu tempo fisiológico, portanto, são métodos resultantes da intolerância e impaciência dos profissionais envolvidos (Pereira *et. al.*, 2016).

O Dossiê da Violência Obstétrica (2012) apresenta informações sobre cada um desses procedimentos citados acima. De acordo com o documento, a episiotomia popularmente conhecida como “pique” é um corte cirúrgico realizado na região entre a vagina e o ânus, sendo feito muitas vezes sem anestesia e sem o consentimento da parturiente. A estimativa é que esse procedimento seja realizado em 94% dos partos normais realizados no Brasil em 2006, baseado em pesquisa domiciliar, uma vez que os registros hospitalares não são fidedignos. “Uma pesquisa desenvolvida em um hospital terciário de São Paulo, na qual foram observados os registros dos prontuários das pacientes, constatou que em 71,8% dos partos a episiotomia foi

utilizada”. (CEBRAP, 2001 apud Carvalho *et. al.*, 2010, p. 96)

A episiotomia é um procedimento que não tem evidência científica e pode acarretar em diversos danos para a saúde física da parturiente, tais como: lacerações graves do períneo – região compreendida entre o ânus e a vagina - dor, infecção, sangramento, dor nas relações sexuais, hematomas, mudança anatômica da região do corte, entre outros. “Além disso, muitas vezes é realizado o ‘ponto do marido’, para deixar a vagina mais apertada e preservar o prazer masculino” (Ciello, 2012, p. 82), cabe ressaltar aqui a importância deste dado para a reflexão da influência do patriarcado nas manifestações da violência obstétrica, onde o corpo da mulher é visto como objeto de dominação do homem.

Outro método também bastante comum é a manobra de *Kristeller*, um procedimento realizado muitas vezes por enfermeiros e consiste em empurrar a barriga com as mãos em direção à região pélvica, em alguns casos há relatos também de profissionais subindo na barriga da parturiente.

Quando foi desenvolvida sem fundamentação científica, essa manobra era realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve. Atualmente, dispomos de diversos estudos que demonstram as graves complicações da prática desse procedimento e apesar disso a manobra é frequentemente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou espremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho (Ciello, 2012, p.103).

Esse método ainda é frequentemente realizado, podendo acarretar em danos tanto à parturiente quanto ao recém-nascido, trazendo como consequência uma possível fratura das costelas, o deslocamento de placenta ou até mesmo traumas encefálicos no nascituro. Conforme citado no *Obstetrícia Normal*, manual de BRIQUET apresentado por Delascio; Guariento (1970) citado por Ciello (2012, p.103) “[...]este recurso foi abandonado pelas graves conseqüências que lhe são inerentes (trauma das vísceras abdominais, do útero, descolamento da placenta)”.

Outros procedimentos que também são adotados, às vezes de formas bastantes sutis, mas que caracterizam uma forma de violência e colocam em risco o bem-estar da mulher e/ou do bebê. Segundo o *Dossiê da Violência Obstétrica* (2012), a posição durante o trabalho de parto faz toda a diferença, sendo recomendado a posição verticalizada que auxilia na descida do bebê devido a força da gravidade, contudo, é um direito da parturiente a livre escolha desta ou de

qualquer outra em que se sinta mais confortável. Entretanto, a litotomia e a supina, que são posições na horizontal, são as mais utilizadas e muitas vezes impostas pelos profissionais de saúde.

Apesar da recomendação da Organização Mundial de Saúde, da recomendação do Ministério da Saúde, da Portaria 1.067 de 2005, RDC 36 de 2008 da ANVISA, muitas mulheres ainda são obrigadas a ficar em posição de litotomia ou supina para o parto. Essa posição prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para a mãe e prejudica a oxigenação do bebê (Ciello, 2012, p.107).

De acordo com Carvalho *et. al.* (2010, p. 96), foi realizado um estudo nas maternidades do Rio de Janeiro ao qual foi comprovado que a posição mais utilizada é a ginecológica, em contrapartida apenas em 1% dos partos são feitos de cócoras ou sentada. Ressalta-se que as posições horizontais não são aconselhadas, uma vez que podem afetar o fluxo sanguíneo causando um comprometimento fetal.

Outra intervenção médica realizada de forma indiscriminada é a aplicação da ocitocina, um hormônio artificial comumente utilizado para acelerar as contrações e conseqüentemente o trabalho de parto, não respeitando seu tempo fisiológico.

De acordo com Diniz (2009) a ocitocina é usada de forma rotineira e repetidamente abusiva, pois é considerada a droga mais frequentemente associada a resultados perinatais adversos. Seu uso pode acarretar em diversas complicações, tais como: sofrimento fetal agudo, taquissístolia, hipertonia, hiperestimulação, rotura uterina, trauma perineal, além de uma percepção mais dolorosa, estresse e medo nas mulheres. Sendo assim, seu uso deve ocorrer de forma cautelosa e mediante a avaliação constante da parturiente (Carvalho *et al.*, 2010).

Segundo Pereira *et. al.* (2016) a tricotomia, é um procedimento em que é feito a raspagem dos pêlos pubianos na preparação para o parto, violando a privacidade da gestante, devido ao toque vaginal realizado por diversas vezes desnecessariamente. Quanto a tricotomia, é presumido que seja feita para facilitar a sutura e reduzir o risco de infecção, entretanto, não existe evidências científicas para tal procedimento e seu uso rotineiro ainda pode aumentar o risco de infecção pelo vírus HIV e hepatite (Johnston e Siddall 1922, Kantor *et. al.* 1965, p. 9 apud Carvalho *et al.*, 2010, p. 95). Sendo assim, se torna mais um procedimento invasivo para a gestante. De acordo com a tricotomia já foi eliminada em alguns hospitais que estão utilizando a tonsura, método que consiste em aparar os pêlos com uma tesoura, facilitando a episiorrafia e higiene da vulva e do períneo, sendo essa a justificativa

para a realização da tricotomia.

Além da tricotomia, algumas maternidades também utilizam o enteroclisma<sup>5</sup> rotineiramente. Embora esse procedimento esteja sendo deixado de lado, em pesquisa em uma maternidade do Rio de Janeiro, o enteroclisma foi utilizado em um terço das mulheres que realizaram parto vaginal (Carvalho *et. al.*, 2010, p. 96).

Em uma pesquisa desenvolvida no Paraná foi verificada a prescrição rotineira de jejum, enema, retirada de pêlos, o que, de acordo com os pesquisadores, demonstra a falta de embasamento científico da assistência oferecida nesse serviço. A principal justificativa para a utilização padronizada de tais práticas está associada à eventualidade de intercorrências, em especial a evolução para o parto cesárea. Esse fato revela que a mulher não é assistida individualmente, e as técnicas e procedimentos são generalizados, sendo o parto considerado um evento passível de práticas intervencionistas (Carvalho *et. al.*, 2010, p. 93).

Conforme Ciello (2012, p. 93), “em hospitais escola, é comum ter várias pessoas juntas ou em sequência para realizar exame de toque vaginal”, porém o exame de toque usado no parto vaginal, consiste em um procedimento doloroso, podendo ocasionar a ruptura artificial da bolsa amniótica, uma manobra para acelerar o parto conhecida como Amniotomia.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2018), os exames vaginais devem ser limitados e evitados até a fase ativa do parto e não devem ser realizados frequentemente e repetidamente por diversos profissionais. Por ser um procedimento realizado muitas vezes por acadêmicos, este deve ser confirmado pelo médico supervisor e sob o consentimento da parturiente, entretanto, o que se observa com ênfase de ocorrência desse procedimento, é a mulher sendo usada como “material de ensino” para o aprendizado, independente de indicação de necessidade. (Santos e Souza, 2015, p. 64)

Dessa forma, os procedimentos aqui citados quando utilizados rotineiramente podem aumentar as complicações, não considerando a fisiologia do parto, expondo a mulher e o bebê a riscos desnecessários. Além disso, é direito da parturiente receber informações dos procedimentos que serão realizados, bem como, consenti-los conforme cita o código de ética profissional:

---

5 O enteroclisma consiste em um procedimento de lavagem intestinal, normalmente realizado pela equipe de enfermagem. Fonte: [https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/Parecer\\_024\\_2021-Competencia-realizacao-de-enteroclisma-lavagem-intestinal.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/Parecer_024_2021-Competencia-realizacao-de-enteroclisma-lavagem-intestinal.pdf).



Não se pode iniciar um tratamento, seja ele clínico ou cirúrgico, sem o consentimento esclarecido do paciente. E mais, esse esclarecimento não se atém a meras palavras e considerações superficiais. É necessário que o paciente saiba o seu diagnóstico, o que se pretende fazer para seu tratamento, quais as possibilidades de êxito e quais são as complicações decorrentes, não só de sua doença, mas de todo seu tratamento [...] (Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais, 1997, p. 339).

À vista disso, o parto que é um processo fisiológico e da natureza feminina, vem sofrendo intervenções médicas desnecessárias sendo a parturiente impedida de obter as informações prévias fundamentais referentes aos procedimentos, desvalorizando assim a sua autonomia e seu direito de escolha. Esse cenário é analisado por Santos e Souza (2015) como uma naturalização dos corpos femininos com base na sua medicalização, ou seja, permite-se a apropriação médica desses corpos como objetos de seu saber.

Contra o suposto de que a equipe de saúde detém com exclusividade o saber e a competência nesse campo, algumas puérperas queixam-se de serem vistas como uma paciente que tão somente devem seguir orientações, participando pouco nas injunções do parto. Reclamam, quando as decisões dos profissionais de saúde acontecem sem o seu consentimento, conforme exposto nos trechos abaixo: *“Na hora do meu parto parecia que estava tendo uma festa em que eu não fui convidada.”*; *“Existem profissionais que te dão mais atenção e tem aqueles que não te veem.”* (Leal et.al., 2020, p. 944)

Todos esses procedimentos e técnicas, demonstram atitudes que constroem e desrespeitam a parturiente, desconsiderando a mesma como um ser humano passível de dor e sofrimento, destituindo todo o seu protagonismo durante a sua parturição.

Além dos métodos e procedimentos supracitados, existem outras ações em que a violência obstétrica se manifesta. Segundo o Dossiê da Violência Obstétrica de 2012 é possível destacar a proibição e/ou restrição de acompanhante durante o parto, sendo este recomendado desde 1985 pela Organização Mundial de Saúde, além de ser um direito garantido pela Lei 8080/90 e pela Portaria 2418/05 do Ministério da Saúde. Embora o direito ao acompanhante de livre escolha da gestante seja garantido pela lei, “[...] na pesquisa Nascer no Brasil se verificou que 25% das mulheres ainda ficaram sem acompanhantes durante toda a internação para o parto” (Leal et. al., 2017, p. 10).

Conforme a Lei 11.108 de 7 de abril de 2005 é obrigatório que os serviços de

saúde do SUS, particulares e conveniadas permitam a presença de um acompanhante junto à parturiente durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto, sob indicação da própria. “Estar em companhia de alguém que partilha a emoção do seu parto é um modo de enfrentar com mais força as pressões advindas de lógicas burocráticas, tecnocráticas e impessoais comuns em atendimentos hospitalares” (Brasil, 2005 apud Leal *et.al.*, 2020, p. 947).

Sendo assim, é fundamental que este direito seja garantido às parturientes durante sua internação, por isso a importância de que estas tenham acesso a todas as informações em relação ao seu parto de modo que reconheçam seus direitos.

A omissão de informações sobre a evolução do parto realizado através do partograma<sup>6</sup> e a falta de esclarecimentos necessários, ainda é muito comum conforme mencionado abaixo:

No âmbito dos serviços de saúde pública, relatam que é comum que as mulheres desconheçam os recursos analgésicos e os métodos não farmacológicos para alívio da dor. O fato de que nem todos os hospitais do SUS dispõem de artefatos fisioterapêuticos que auxiliam na evolução do trabalho de parto, como bola de bobath, cavalinho, banheira e chuveiro para banho morno etc., não justifica a falta de diálogo aberto entre a equipe de saúde e a gestante sobre os procedimentos utilizados, tendo em vista construir confiança e unir forças em torno de ações que sejam benéficas (Leal *et.al.*, 2020, p. 945).

As mulheres têm o direito de serem informadas sobre as analgesias disponíveis para o alívio da dor, bem como, deve ser discutido com os profissionais da saúde suas vantagens e desvantagens, garantindo a segurança da parturiente e do bebê (Brasil, 2005, p. 43 apud Leal *et.al.*, 2020).

Após o nascimento do bebê, é cientificamente comprovado os benefícios do contato com a mãe na primeira hora de vida. Sendo assim, a separação mãe-bebê, uma vez que é recomendado que o recém-nascido tenha o contato pele-a-pele e seja amamentado logo após o parto, entretanto, em muitas maternidades é comum que o bebê seja separado da mãe mesmo sem qualquer impedimento clínico. Segundo recomendações da ANVISA (2008) destacadas por Leal *et.al.*, 2020, é fundamental “estimular o contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor”.

---

6 O partograma é um gráfico que mostra a evolução do parto e as condições maternas e neonatais. Fonte: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/aplicacao-pratica-do-partograma>.

Segundo Salgado (2022), etilogistas e psicanalistas como Klaus, Kennel e Odent apontam a importância da relação mãe-bebê nas primeiras horas de vida, sendo classificado por alguns destes autores como “período sensitivo”. Conforme Aires (2012 apud Salgado, 2022, p. 100), após o nascimento o hormônio ocitocina, responsável pelas contrações uterinas, está elevado no organismo da mãe e do bebê, auxiliando no retorno do útero ao seu tamanho normal, na ejeção do leite favorecendo a amamentação e fortalece o estabelecimento de vínculo entre ambos. “Portanto, as primeiras horas após o parto podem ser consideradas um momento crucial, não só do ponto de vista fisiológico, como também do ponto de vista emocional [...] mesmo quando o nascimento se deu por meio de uma cesárea” (Salgado, 2022, p. 101).

Em uma entrevista realizada em 2008-2009 com profissionais de saúde em um Hospital Universitário no Sul sendo eles: 6 médicos obstetras, 6 residentes, 5 enfermeiras e 6 técnicos de enfermagem, observou o seguinte: quase 70% dos profissionais realizavam tricotomia de rotina, mais de 80% consideravam a episiotomia um procedimento padrão, a litotomia<sup>7</sup> era a única posição adotada nos partos além da falta de conhecimento de outras posições, mais de 90% faziam uso rotineiro de ocitocina e o enterocisma foi o único procedimento que foi considerado em desuso na instituição (Carvalho *et. al.*, 2010, p. 95). Essa pesquisa, reafirma a prática de diversos procedimentos considerados equivocados e invasivos, mas que continuam sendo realizados de forma padronizada.

Para além de todas as violências mencionadas acima, cabe enfatizar a violência psicológica que acontece através de tratamento humilhantes, desumanizados, culpabilização, xingamentos e chantagens. O Dossiê da Violência Obstétrica (2012) apresenta várias entrevistas realizadas durante sua elaboração, onde a presença de violências psicológicas durante o parto são estarrecedoras, tal como o relato:

*“O médico só gritava: ‘puxa ele logo, vocês estão quebrando ele todo, esse bebê já era, sintam o cheiro de podre, vou ter que interditar a sala, puxem!’. Então meu bebê nasceu e logo foram reanimar com apenas 50 batimentos cardíacos por minuto. O médico dizia: ‘Não adianta, esse já era, eu tenho 30 anos de profissão, esse já era, não*

---

7 A posição litotômica “é também conhecida como posição ginecológica ou posição do frango assado: a paciente fica em decúbito dorsal, com as pernas afastadas e erguidas em estribos, enquanto o médico examina a área, sentado em um banquinho”. Fonte: <https://www.centrodeterapiacognitiva.com.br/post/posicaolitotomica>.

*percam tempo, ele está sofrendo... Já era, sintam o cheiro de podre, como uma mãe pode deixar uma infecção chegar a esse ponto?'. Eu estava em estado de choque, mas eu disse: 'Estive aqui há 15 dias e o senhor disse que minha dor era frescura.'. O bebê faleceu, todos se calaram e me perguntaram: 'Quer ver o corpo?'. Eu não quis" (K.F.M.T., atendida na Maternidade Santa Therezinha, em Juiz de Fora-MG) (Ciello, 2012, p. 138).*

Os próximos relatos enfatizam esse tipo de tratamento:

*As situações-limite combinam falta de diálogo com desrespeito. Entre outros exemplos, as mulheres que se queixam de dor tornam-se alvo de chacotas e insinuações: "Me mandaram parar de gritar quando eu estava em trabalho de parto, falaram que até os bichos ganham seus filhos sozinhos, e que eu devia parar de gritar, porque eu não era louca." "Não gostei da atitude da médica durante o trabalho de parto. Me mandaram calar a boca" (Leal et.al., 2020, p. 945).*

Dentre os vários relatos de caso apresentado no documento existem muitas falas comuns reproduzidas pelos profissionais da saúde, tais como: "quem manda aqui sou eu", "na hora de fazer não gritou", "se não ficar quieta, vou te furar todinha", "faz força pra fazer cocô", "se continuar com essa frescura eu não vou atender" (Ciello, 2012). Essas falas reforçam as relações de poder nos atendimentos aos "pacientes", de acordo com modelo biomédico/hospitalocêntrico, além de desrespeitar o ser humano que está ali vulnerável e necessitando de auxílio.

Segundo Diniz *et. al.*(2015), existe uma cultura de que a mulher que grita, chora, ou são consideradas "descompensadas" ou "malcomportadas", são as mais negligenciadas, recebendo a pior assistência. Esse fator pode impactar nos riscos de morbimortalidade materna (Diniz *et. al.*, 2015, p. 4).

## 2.2 ÍNDICES DE CESÁREAS NO BRASIL

As cirurgias cesarianas em excesso também podem ser consideradas uma violência obstétrica quando realizada sem necessidade e quando é uma opção do médico e não da parturiente. Além disso, seus índices ultrapassam o recomendado. "No Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde, 53,7% dos partos realizados são cesarianas, sendo este contraindicado, já que ao nível populacional, taxas acima de 10% não estão associadas a redução da mortalidade materna e neonatal" (Pereira *et. al.*, 2016, p. 2). Esse percentual aponta a realização indiscriminada de partos cesarianos, sem qualquer contraindicação clínica para o parto vaginal, e sendo muitas vezes a única opção oferecida às parturientes.

Na época de César, cesariana era empregada para a remoção de um feto morto de uma mãe morta, antes do enterro. Antes do final do século XIX, a cesariana representava uma mortalidade materna de pelo menos 50%. Ao longo do último século, o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas mais aprimoradas, materiais de sutura, transfusões sanguíneas e antibióticos tornou esta opção razoável ao nascimento vaginal em algumas circunstâncias (Benson, 1994, p.107).

A cesariana é um procedimento cirúrgico que em muitos casos pode salvar a vida da mãe e do bebê, entretanto, não deveria ser realizada indiscriminadamente conforme os altos índices demonstram. Dessa forma, segundo citado (Chang *et. al*, 2012 apud Ciello, 2012, p. 112) “um dos fatores relacionados com os índices de prematuridade são a indução e realização de cesáreas desnecessárias”. Esses indicativos de cesáreas decorrentes no Brasil, podem ocorrer por conveniência médica, falta de informação que gera a insegurança da mulher com o parto normal, levando a parturiente a fazer a cesárea eletiva, que é agendada previamente sem caracterizar urgência ou emergência.

Estes índices nos trazem a reflexão sobre as consequências da falta de informação das gestantes quanto ao parto vaginal, bem como, a influência dos médicos sobre a escolha das mulheres em relação a via de parto.

O modelo biomédico vem trazendo uma visão patológica desse processo natural e induz as mulheres a crerem nesse mesmo princípio, acreditando que necessitam de um suporte intervencionista, que são incapazes de parir e permitem as inquietações e insegurança na capacidade em lidar com questões relacionadas ao parto, a dor e também a imprevisibilidade do natural. Além disso, a forma violenta como os partos têm se apresentado favorece a busca por cesarianas, objetivando a fuga dos procedimentos a que não gostariam de se submeter, proporcionando um aumento do uso das tecnologias e também das cesarianas eletivas (Queiroz *et. al.*, 2017, p.69).

Muitos são os fatores que levam as mulheres a procurarem uma intervenção cirúrgica. Entre esses fatores destaca-se que o parto normal é comumente associado a um evento inseguro ligado à dor e a representação de um risco de morte, em contrapartida, a cesárea está associada à falta de preparo físico para o parto normal, sendo necessário uma intervenção. Por conseguinte, o parto cesariano se tornou cultural no Brasil, sustentando a ideia de ser um parto mais seguro e menos doloroso, sendo considerado por muitas mulheres a melhor forma de parir, além de

trazer maior facilidade também para a equipe médica, uma vez que se trata de um parto rápido e menos trabalhoso.

Há fatores culturais que se referem à medicalização do ideário das pessoas e das mulheres, fazendo com que a cesariana seja considerada um bem de consumo e uma intervenção segura. Embora algumas mulheres realmente escolham essa via de parto, esta não é a escolha da maioria das usuárias. As que preferem a cesariana são influenciadas por fatores culturais (crença histórica e errônea de que tem impacto na diminuição da mortalidade perinatal, medo do parto normal e experiências negativas com partos anteriores) e pelos médicos que as assistem (Sena e Tesser, 2017, p.5).

Ainda conforme Sena e Tesser *et. al.* (2017), em relação às mulheres que conceberam seus bebês por parto vaginal, o aumento de mortalidade, internação em Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), necessidade de transfusão sanguínea e maior tempo de permanência no hospital, se dá em maior número nas mulheres que tiveram um parto cesáreo. Além disso, existe o fator recorrendo do nascimento eletivo anterior a 39 semanas, podendo causar a prematuridade iatrogênica<sup>8</sup>, o aumento de internações em UTI neonatal e um maior número de óbitos, conforme Sena e Tesser (2017, p.7). Benson (1994, p.127) aponta que “a perda média de sangue por causa de uma cesariana é aproximadamente o dobro da perda pelo nascimento vaginal – 800-1000 mL”.

Além dos fatores apontados, existem as intercorrências durante um parto vaginal que podem levar ao parto cesáreo desnecessariamente. Conforme Ciello (2012, p.114), são colocados alguns apontamentos que evidenciam esta colocação, na qual “as mulheres não são esclarecidas da necessidade do procedimento, ou por vezes são ludibriadas por falsas indicações, exemplos: “não tem dilatação”, “não tem passagem”, “o seu bebê prendeu o pé na sua costela”.

Desse modo, percebe-se que são as cesáreas por conveniência médica, além disso também “muitas mulheres relatam que escolhem a cesárea para fugir de uma episiotomia, especialmente depois de uma experiência traumática e com sequelas” Ciello (2012, p. 89).

Os partos cesarianos muitas vezes são realizados por impaciência do médico em aguardar muitas horas de trabalho de parto, ou por um alto número de partos

---

<sup>8</sup> Consiste na prematuridade causada na retirada do bebê antes do tempo sem indicação clínica, através da cesárea agendada ou avaliação incorreta da idade gestacional. Fonte: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/41005>.

durante um plantão, entre outros fatores.

É comum ver várias pacientes de um mesmo médico com cesáreas agendadas para um mesmo dia que serão realizadas uma seguida da outra. E outro fato muito comum são os mutirões de cesáreas realizadas às vésperas de feriados prolongados e festas de fim de ano (Ciello, 2012, p. 115).

De acordo com a Rede Parto do Princípio, em gráfico retirado do Datasus<sup>9</sup>, o índice de cesáreas no Brasil era de 32% no ano de 1994 e aumentou para 55,6% em 2012. Esses dados são alarmantes considerando a recomendação da Organização Mundial de Saúde em até 15%. Entretanto, embora a indicação seja para o menor índice possível de cesarianas, o importante é respeitar o desejo da parturiente, uma vez que esteja munida de informações consistentes sobre todas as vias de parto.

De fato, algumas puérperas entrevistadas sinalizam que o modo como são atendidas pode favorecer ou prejudicar o seu discernimento para decidir sobre a via do parto:

*“Eu queria ter parto normal, mas não me deram essa opção. A enfermeira disse que ia demorar muito, que eu ia sofrer muito e que eu ia ter que ficar sozinha na sala de espera.”*

*“Meu acompanhante ficou muito incomodado com a insistência dos médicos pra eu ter parto normal, sendo que eu queria cesárea” (Leal et. al., 2020, p. 945-946).*

Quando se fala de parto cesariano, é importante destacar não somente os riscos, mas a forma em que são realizados pelos profissionais, visto que o atendimento humanizado não deve se restringir ao parto vaginal. Ainda hoje, há relatos de mulheres sendo dopadas, sedadas e amarradas na cama durante a realização da cirurgia, impedindo que a mesma tenha contato com seu bebê após o nascimento, reforça-se que já foi citado a importância desse vínculo ser criado nas primeiras horas de vida do nascituro. O documentário brasileiro “O Renascimento do Parto” disponível no canal de *streaming* Netflix, mostra diversos partos em que isto ocorre.

Destaca-se a pesquisa sobre partos cesarianos, realizada por Salgado (2012), na qual várias mulheres foram entrevistadas via *email*. A metodologia utilizada pela autora consistiu na divulgação da pesquisa nas redes sociais, a qual 55 entrevistadas se voluntariaram para participar. A referida pesquisa aponta relatos de mulheres com os braços amarrados sob a justificativa de “evitar contaminação”,

---

9 Pesquisa realizada em 11/10/2023, pelo site [Parto do Princípio - Dicas de Leitura \(partodoprincipio.com.br\)](http://partodoprincipio.com.br).

ocorrendo também a restrição do contato físico com o bebê ao nascer.

Salgado (2012), destacou que além do desconforto físico de estar amarrada os relatos apontavam para os efeitos simbólicos do estar presa, sobretudo após o nascimento, quando é permitido às mulheres ver o seu filho.

Os relatos abaixo demonstram essa situação.

[Como foi à cesárea?] *“Horrível, fui amarrada, minha filha foi logo afastada de mim, só a vi horas depois. Depois do parto acho que fui sedada, pois não lembro de várias coisas, inclusive como cheguei ao quarto. (...) [Como foi o primeiro contato com seu bebê?] Senti muita alegria, queria logo colocar para mamar, estava meio grogue ainda(...)”* (ENTREVISTADA A) (Salgado, 2012, p. 103).

*“(...) frustração: por estar apavorada e passiva (os braços ‘amarrados’ tiveram um peso simbólico forte) ao longo de todo o processo, eu me senti roubada de um momento que deveria ser muito especial”* (ENTREVISTADA B) (Salgado, 2012, p. 106).

Os relatos estão em sintonia com as inúmeras publicações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério de Saúde e mesmo com as comprovações científicas dos malefícios de várias práticas, muitas ainda continuam sendo executadas nas instituições de saúde. Reforça-se que, conforme Carvalho *et. al.* (2010), uma pesquisa realizada em um Hospital Escola no interior de Minas Gerais evidenciou que as mulheres são submetidas a rotinas e intervenções obstétricas desnecessárias, sem receberem informações sobre tais práticas.

### 2.3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A QUESTÃO SOCIAL

Mediante a todas as manifestações da violência obstétrica explicitadas, é fundamental enfatizarmos a questão racial intrínseca nos debates de violência, visto que a população negra é a que mais sofre. Lima *et. al.* (2021, apud SOUZA *et. al.*, 2023), cita que de acordo com estudos sobre a assistência obstétrica e as desigualdades raciais, as mulheres que se autodeclararam pardas apresentam menos consultas e menos chances de serem acompanhadas em comparação às mulheres brancas.

Além disso, as mulheres pretas apresentam menor probabilidade de receberem anestesia durante uma episiotomia, e segundo análises de estudos, os relatos de violência verbal, física ou psicológica, apresentam uma porcentagem maior em mulheres pretas e nordestinas entre 20 e 34 anos (Lima *et al.*, 2021 apud SOUZA *et. al.*, 2023, s/p). Desse modo, tem-se que “[...] somado a isso, nos casos



de violência obstétrica pode apresentar uma hierarquia sexual, ou seja, quanto maior a vulnerabilidade da paciente, mais ela estará sujeita a um procedimento humilhante [...]” (OMS, 2018, s/p).

Existe um estereótipo de que a mulher negra suporta mais a dor e com isso recebem menos analgesias, sendo as chances maiores para o óbito devido a negligência profissional. Essa divergência entre os dois grupos de mulheres, é reflexo do racismo (Curi; Ribeiro; Marra, 2020 apud Souza *et. al.*, 2023, s/p).

No Brasil, evidências científicas apontam que existe associação entre cor da pele e indicadores da atenção ao pré-natal e parto e mortalidade materna. Diversos estudos observaram que a cor da pele preta ou parda esteve associada à inadequação na atenção pré-natal, à falta de vinculação à maternidade, peregrinação em busca de atendimento médico, pior avaliação do tempo de espera para o atendimento médico, diminuição da privacidade e falta de acompanhante durante o trabalho de parto, além de menor realização de anestesia local para episiotomia. (Alves *et. al.* 2021 apud Brisola *et al.*, 2023, p. 5)

Conforme Nascimento (2022), podemos observar o racismo inserido no sistema de saúde brasileiro através do Painel de Monitoramento de Mortalidade Materna de 2021. As estatísticas mostravam que as mulheres negras são as que mais sofrem com a mortalidade materna, sendo 8.760 mulheres autodeclaradas pretas e 40.585 mulheres autodeclaradas pardas, vítimas fatais da violência obstétrica. O Ministério da Saúde também indica que o índice de mulheres pretas que realizaram a consulta pré-natal corretamente foi de 69,8%, enquanto as brancas apresentaram 84,9%, sendo que nos três primeiros meses 73% acessaram a primeira consulta entre as mulheres pretas, e 85% as mulheres brancas. O indicador ainda aponta a diferença de 80,8% de mulheres brancas, 66,1% de mulheres pretas e 72,7% de mulheres pardas receberam um atendimento qualificado.

[...] Assim, mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro. A banalização da violência contra as usuárias relaciona-se com estereótipos de gênero presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços (Diniz *et. al.*, 2015, p. 4).

Em 2012, de acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o índice de mortalidade materna foi de 60% em mulheres pretas e pardas e 34% em

mulheres brancas (BRASIL, 2017). Já no ano de 2020 foi observado aumento nos índices, sendo 65% mulheres pretas e pardas, enquanto as mulheres brancas foram reduzidas para 29%. (BRASIL, 2020) Esse percentual mostra a disparidade racial na assistência obstétrica.

À vista disso, conforme elucidado acima, são várias as violências obstétricas praticadas contra a mulher, reforçando a violência racial e de gênero na sociedade patriarcal, além da hierarquização dos profissionais de saúde em relação às escolhas e o protagonismo da parturiente. Fica nítida a reprodução do modelo biomédico que consiste na figura do médico como o detentor do saber e da escolha ignorando a usuária enquanto um ser humano em sua totalidade, o que nos traz a reflexão sobre a importância da implementação efetiva de um atendimento humanizado na área de saúde.

### 3 A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO HUMANIZADO NA SAÚDE

Conforme discorrido ao longo do trabalho a violência obstétrica pode ser reconhecida também enquanto violência institucional, uma vez que ocorre majoritariamente dentro dos hospitais como reflexo da estrutura patriarcal da sociedade que violenta mulheres cotidianamente. Além disso, é fundamental destacar também as más condições de trabalho que favorecem essas ocorrências.

De acordo com Malta (2007 apud Ciello, 2012), o Brasil apresenta um grande índice de mortalidade materna e neonatal, “as principais causas de mortalidade neonatal igualmente são aquelas consideradas reduzíveis e evitáveis, como falhas na atenção adequada à mulher durante a gestação e parto, bem como ao recém-nascido. Assim, a atuação da equipe profissional é parte fundamental de toda a gestação da mulher, desde o pré-natal até o puerpério, em que é respeitoso, no qual os seus direitos à informação e a escolha de como e onde parir sejam garantidos.

Nas relações de poder, pode-se perceber que, dentro dessa hierarquia, os profissionais de saúde assumem bastante espaço, porém, devido às questões culturais que enfrentamos, o médico se enquadra no topo dessa pirâmide e obtém não só uma autoridade em função do conhecimento científico e tecnológico, mas também em relação à cultura e à moral, dominando muitas vezes a conduta, os valores e as crenças de cada pessoa (Queiroz *et. al.*, 2017, p. 4).

É importante também pensar que a “saúde do bebê está correlacionada com o equilíbrio emocional da mãe e o cuidado prestado pelos profissionais de saúde tem grande significado para a concretização de um vínculo afetivo saudável e sólido entre mãe-bebê”. Nunes (2012 apud Fucks *et. al.*, 2014) citados por Aggio e Andrade (2014), ou seja, toda atenção prestada à parturiente, ou não, vai gerar um impacto direto em toda a sua gestação e principalmente, durante o parto.

Conforme Aggio e Andrade (2014):

A mulher e seu corpo têm sido vistos como máquina, onde o engenheiro é o profissional médico que detém todo o saber sobre ela, negligenciando informações, emoções, sentimentos, percepções e direitos da mesma no gestar e parir, sendo impedidas de ter a presença de acompanhante, de decidir a posição que querem ter seus bebês e de expressar suas emoções e sentimentos, contrariando a Política Nacional de Humanização e mudando o foco da mulher para o procedimento, deixando-as mais vulneráveis à violência, silenciada pelos

profissionais e pela própria parturiente (Aggio e Andrade, 2014, p. 3).

Segundo Carvalho (2011), o parto humanizado pode ser compreendido como aquele que respeita a parturiente em sua totalidade, e quando os direitos e as vontades da mulher são desrespeitados, a assistência humanizada é descaracterizada. Rattner (2009) considera que a Política Nacional de Humanização atua na valorização dos usuários do sistema de saúde, promovendo sua autonomia e protagonismo, propondo mudanças no modelo de atenção, focado nas necessidades individuais e produção de saúde.

Dessa forma, torna-se fundamental que os usuários sejam vistos como sujeitos parte do processo histórico, inseridos em um contexto social, ao qual suas necessidades não devam ser negligenciadas e com seus direitos de acesso à saúde garantidos.

Assim, com o crescimento de partos realizados nas maternidades do Brasil, as relações humanas perderam seu espaço para a tecnologia, tornando a humanização do atendimento cada vez mais escassa. Nos anos 2000, foi implementada a Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), como forma de ressignificação do atendimento à mulher gestante.

Um atendimento humanizado deve-se a todo um contexto de realidade e a um posicionamento profissional, em que se compreende a gestante, ouve-se o que ela tem a dizer, valorizam-se suas dúvidas, medos, anseios, desejos e busca-se a melhor maneira de oferecer um atendimento respeitoso e de qualidade. Além disso, garante o respeito, aos aspectos da fisiologia do parto, não intervindo de forma desnecessária; reconhece os aspectos sociais e culturais da mulher frente ao parto e ao nascimento, oferecendo todo o suporte emocional, tanto a mulher quanto à sua família; respeita a autonomia e os direitos da mulher (por exemplo, a situação de ter um acompanhante de sua escolha durante o parto); e garante a informação de todos os procedimentos a que ela poderá ser submetida, respeitando seus direitos de cidadania (Dias; Domingues, 2005 apud Queiroz, 2017, p. 69-70).

Contudo, “respeitar a autonomia, a individualidade e a privacidade são condições imprescindíveis para que ocorra o parto humanizado” (Gonçalves *et. al.*, 2011, p.3) Dessa forma, a relação entre a gestante e os profissionais, é parte fundamental no processo, visto que a mulher se encontra em um momento de fragilidade e incertezas quanto ao nascimento de seu bebê, buscando naqueles que serão os responsáveis durante a sua parturição, o conforto e as respostas a que

tanto necessita. Carneiro (2015) ressalta que a humanização não é a determinação pelo parto vaginal, mas sim aquele que é realizado de forma respeitosa, com o mínimo de intervenções possíveis, compreendendo o tempo fisiológico da mulher e acolhendo suas escolhas. Além de garantir que qualquer procedimento seja realizado com o consentimento da mulher.

O modelo Tecnocrático é o preponderante atualmente. Baseia-se na visão cartesiana, enfatizando a separação entre mente e corpo, estabelecendo a máquina como a mais adequada metáfora para o corpo humano e privilegiando a percepção do paciente como objeto. Nessa acepção a mulher é dotada de máquina física defectiva em essência. Como consequência, a paciente aliena-se do processo de cura, as intervenções externas tecnológicas ampliam-se em intensidade e profundidade e ela termina por ser segmentada, particionada e desmembrada, como peças avulsas de maquinaria sofisticada, porém passível de compreensão analítica (Brasil, 2014, p. 111).

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres tem como um dos objetivos “promover a ampliação, qualificação e humanização das ações de atenção integral à saúde das mulheres na rede pública e privada” (Brasil, 2015, p. 16).

Embora os recursos tecnológicos tenham avançado com o passar dos anos, facilitando o acesso das pessoas às novas informações, muitos cursos de medicina continuaram e continuam utilizando bibliografias desatualizadas, o que limita o conhecimento dos estudantes em relação às evidências científicas, dando lugar às questões de “opinião”, “ideologia”. Sendo assim, a formação dos profissionais de saúde influencia no padrão atual de assistência ao usuário, apresentando ainda grande resistência à mudança. (Diniz *et. al.*, 2015, p. 4)

[...] o saber biomédico que contamina a maioria dos profissionais de saúde tende a desconsiderar as opiniões das mulheres, não as tendo como sujeitos de direitos. Neste sentido, a valorização de princípios éticos, o investimento em educação em saúde, quer para profissionais, quer para usuários (as), devem ser colocados em pauta para que haja o reconhecimento do valor de cidadania no que se refere aos direitos reprodutivos das mulheres negras (Assis, 2018, p. 561).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 com o objetivo de garantir as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e traçar intervenções visando amenizar os problemas e desafios recorrentes no cotidiano dos serviços de saúde.

Dentre vários aspectos podemos destacar principalmente a hierarquização e o autoritarismo nas gestões, a comunicação verticalizada, as relações de trabalho precarizados, os tratamentos invasivos e desrespeitosos, os procedimentos que desprezam o usuário e a rede sócio-familiar, as ações focalizadas na doença desconsiderando o sujeito em sua totalidade, o sucateamento dos serviços de saúde, a falta de insumos, os ambientes de trabalho degradantes, as longas filas de espera, a articulação precária com a rede socioassistencial.

Tal situação é frequentemente observada nos serviços de saúde, acarretando atendimentos “desumanizados” aos usuários, indo na contramão do direito à saúde de toda a população brasileira e seu acesso universal.

Assim, a PNH produziu uma cartografia - baseada em experiências produzidas em todos o país - com orientações gerais de modo a modificar as práticas profissionais, qualificando a atenção e a gestão no SUS, com os princípios: “indissociabilidade entre atenção e gestão; transversalidade como ampliação do gradiente de comunicação para além de corporativismos e hierarquias; e fomento ao protagonismo de sujeitos e coletivos, suas diretrizes e dispositivos.” (Brasil, 2008 apud Brasil, 2014, p. 10)

Segundo Castro (2018) as discussões sobre humanização se fortaleceram em 1992, na IX Conferência Nacional de Saúde considerando a proposta criada em Campinas no final dos anos 80, através da apresentação do modelo “Em defesa da Vida” para o SUS. O debate surge pensando na relação instituição-usuário, a partir da necessidade de humanizar as relações entre os usuários e a equipe de saúde, propondo acolhimento e focalizando as suas questões individuais e relacionais.

Esse modelo tinha como princípios a saúde como cidadania e, para tal, propunha a reorganização dos serviços e processo de trabalho em saúde, com vistas a humanizar as relações entre trabalhadores e usuários; a identificação das necessidades dos usuários e garantia do acesso; a utilização de recursos tecnológicos adequados; o acesso a informação; a gestão democrática e o controle social (Castro, 2018, p. 48).

Conforme Barros (2005 apud Brasil, 2014, p. 10-11), a PNH propõe ações integrais em saúde por meio do acolhimento, da ampliação dos serviços, da valorização dos profissionais de saúde que vai resultando em um atendimento digno e respeitoso com os usuários e conseqüentemente proporcionando uma interação positiva com os profissionais e as instituições.

Os princípios norteadores da PNH são: 1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão. 2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos. 3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade. 4. Atuação em rede de alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS. 5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços de gestão, na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (Brasil, 2004b apud Castro, 2018, p. 129).

Junto à proposição da Política Nacional de Humanização, pensando na mulher em período puerpério - gestacional, o governo federal criou a Rede Cegonha em 2011 visando à garantia do atendimento humanizado durante todo o período compreendido entre o pré-natal e puerpério e a atenção infantil no SUS após o nascimento do bebê. “[...]Desde 2011, a Rede Cegonha, por sua vez, propõe a organização e a qualificação da atenção e gestão materna e infantil em todo âmbito nacional, com incentivos técnicos e com financiamento atrelados às mudanças do modelo obstétrico e neonatal” (Brasil, 2014, p. 12).

Entretanto, mesmo com a criação de políticas que deveriam garantir todo o acesso a essas mulheres, bem como um atendimento adequado, a realidade é outra conforme enfatizado na cartilha do HumanizaSUS.

Nesse cenário, as mulheres tendem a peregrinar entre os serviços de saúde, a assistência ao pré-natal oferecido pela Atenção Básica tende a não conversar com a assistência ao parto que acontece na maternidade, a mulher tende a parir em uma maternidade a qual nunca visitou e com uma equipe de saúde com a qual não tem vínculo. Nele, os processos de trabalho tendem a se estabelecer de modo hierarquizado e a comunicação de forma verticalizada; a mulher e sua família tendem a ser alijados do protagonismo na produção do cuidado; a gravidez tende a ser transmutada em doença e a mulher grávida em doente, sujeita no pré-natal, no parto e no pós-parto a intervenções e decisões da equipe de ‘saúde’ sobre seu corpo e seu modo de cuidar de si e do bebê. Não podemos aqui deixar de falar da naturalização de certas concepções e hierarquizações de gênero e raça/cor que tendem a acompanhar a atenção materna produzida, com destaque para o fato de que as mulheres grávidas que mais morrem no Brasil são mulheres negras; e que o corpo da mulher alvo do cuidado em saúde tende a ser naturalizado e subsumido à tríade mulher-heterossexual-mãe. Ou seja, o cuidado produzido tende a ser atravessado por uma moral de raça/cor e de gênero (Brasil, 2014, p. 13).

Além disso, embora a lei garanta acompanhante durante o parto de livre escolha da mulher, várias instituições ainda não permitem o acompanhamento do homem, alegando a privacidade das outras mulheres, impedindo os pais de participarem desse processo. Sem contar nas intervenções inadequadas citadas no capítulo anterior, imposições sobre o corpo da mulher, abordagens desrespeitosas como “se não doeu para entrar, não pode doer para sair” (Brasil, 2014, p. 13).

A partir de discussões para o fortalecimento da Rede Cegonha, pautado na Reforma Sanitária e na Saúde Coletiva, é preciso refletir os desafios que aparecem cotidianamente que impedem a efetivação dessas ações. Entre eles: 1) As discussões de gênero desenvolvidas restritamente ao departamento da saúde da mulher, sendo necessário um debate amplo em todos os departamentos de saúde, visando a desconstrução da ideia mulher-mãe, presente nas práticas cotidianas. 2) Atenção à saúde materna de forma uniformizada e generalizada, desconsiderando as especificidades da gravidez, do indivíduo, das questões sociais, de raça/cor e etnia, ou seja, é necessário pensar a atenção às gestantes com suas multiplicidades e singularidades, compreendendo as mulheres negras, indígenas, quilombolas, ribeirinhas, camponesas, ciganas, em situação de rua ou com alguma deficiência. 3) Avançar dos debates acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, desconstruir a tríade mulher-heterossexual-mãe, discutir o aborto sem tabus e a redução de danos as mulheres em situações de abortamento, refletir e criar intervenções em práticas que sejam desrespeitosas e preconceituosas contra as gestantes e mulheres em abortamento que procuram o serviço público (Brasil, 2014, p. 14-15).

Segundo Victora *et. al.* (2011), os coeficientes de mortalidade infantil decresceram acentuadamente nos últimos 30 anos, mas foram acompanhados por reduções menores nos óbitos neonatais e pelo aumento da ocorrência de prematuridade, que é considerada a principal causa de mortes infantis no Brasil (Brasil, 2014, p. 21).

Segundo Victora *et.al.* (2011) citado por Brasil (2014), nas últimas décadas houve a redução dos óbitos maternos, apesar dos progressos nos índices ainda se encontrarem fora do ideal visto às mortalidades causadas por abortos inseguros e alta incidência de cesariana, além do uso abusivo de medicalização nos partos, sendo práticas cotidianas.

Rabelo e Oliveira (2010) citados por Brasil (2014) destacam, que a atenção ao parto e nascimento baseado nas diretrizes da OMS, a necessidade de um



atendimento com ênfase nas evidências científicas, em que o parto precisa ser considerado natural não devendo ser controlado, mas “cuidado”, ainda prevalece o modelo tecnocráticos nos hospitais brasileiros, centrado na figura do profissional.

A retirada do papel de protagonista torna a mulher frágil e submissa a uma situação que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e violenta. Nessa condição de fragilidade, o momento do parto e do nascimento passa a ser encarado com medo devido à ameaça de riscos de dor, de sofrimento e de morte, e a cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga e de proteção da dignidade, uma vez que o modelo de parto “normal” é considerado degradante (Pasche *et. al.*, 2010 apud Brasil, 2014, p. 22-23).

Wagner (1994) citado por Brasil (2014), denomina o modelo de assistência obstétrica e neonatal no Brasil caracterizado por tratar a saúde como um problema. Assim, a gravidez é vista como algo patológico que inspira cuidados médicos, bem como o nascimento do bebê. Nesse viés, o corpo da mulher não é encarado em sua totalidade, mas como partes separadas tal qual uma máquina, incapaz de ser envolvida nas decisões sobre si e seu processo. Dessa forma, as tecnologias são utilizadas de forma demasiada sem avaliar a necessidade de tal procedimento (Brasil, 2014, p. 24-25).

Conforme Davis-Floyd (1998) apud Rattner (2009):

Essa visão desumanizada e mecanizada tem sido adotada acriticamente na academia, e os profissionais a incorporam ainda durante a sua formação, uma vez que um dos mais tradicionais livros texto de obstetria utiliza a metáfora “motor-objeto-trajeto” para explicar os mecanismos do parto: o útero seria o motor, o feto seria o objeto e o canal vaginal se constituiria em trajeto (apud Rezende, 1992) - uma redução que desconsidera os seres humanos envolvidos e a riqueza desse processo que, além de biológico, tem sido abordado como fenômeno cultural, social, sexual e espiritual, numa concepção holística (Davis-Floyd, 1998 apud Rattner 2009, p. 597).

O HumanizaSUS define alguns modelos de assistência médica, sendo o enfatizado o Tecnomédico ou Biomédico e o Humanista.

**Modelo Tecnomédico ou Biomédico:** 1. Separação corporeamente. 2. O corpo como máquina. 3. O paciente como objeto. 4. Alienação do médico em relação ao paciente. 5. Diagnóstico e tratamento de fora para dentro (curando a doença, reparando uma disfunção). 6. Organização hierárquica e padronização de cuidados.

7. Autoridade e responsabilidade inerente ao médico e não ao paciente. 8. Supervalorização da ciência e tecnologia dura. 9. Intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo. 10. A morte como derrota. 11. Um sistema dirigido pelo lucro. 12. Intolerância a outras modalidades. **Modelo Humanista:** 1. Conexão corpo-mente. 2. O corpo como organismo. 3. O paciente como sujeito relacional. 4. Conexão e carinho entre médico e paciente. 5. Diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora. 6. Balanço entre os desejos da instituição e do indivíduo. 7. Informação, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre o médico e o paciente. 8. Ciência e tecnologia contrabalançada com o humanismo. 9. Foco na prevenção da doença. 10. A morte como resultado aceitável. 11. Cuidados dirigidos pela compaixão. 12. Mente aberta para outras modalidades. [...] (Brasil, 2014, p. 26-28)

A cartilha ainda elucida os cuidados necessários no atendimento a todas as mulheres que se encontram no processo de parto. Desse modo, a mulher deve poder expressar-se livremente sem qualquer cerceamento, o ambiente deve ser acolhedor onde se sintam protegidas e não hostil com rotinas rígidas, o cuidado deve ser individualizado de acordo com suas demandas específicas. A presença de um acompanhante de sua livre escolha deve ser garantida e respeitada, incluindo seu parceiro ou pai do bebê. O bebê deve ficar com a mãe desde o momento do nascimento até a alta, a separação deve ser evitada, exceto em caso de necessidade de internação na Unidade Neonatal. Toda a segurança e os fatores científicos devem ser assegurados, de forma a proporcionar uma experiência bem-sucedida à equipe e principalmente a parturiente. A assistência materna deve pensar na saúde física e emocional da mulher e da família, prevenindo complicações, estabelecendo um bom diálogo entre os sujeitos envolvidos, e oferecendo apoio às dúvidas e angústias, trazendo esclarecimentos claros e acessíveis aos usuários, de forma calma e serena. Os procedimentos devem ser avaliados de acordo com sua real necessidade pensando no bem-estar da mulher e do bebê, e sempre acompanhados de uma explicação dos profissionais sobre sua realização (Brasil, 2014, p. 28-29).

Portanto, para uma assistência qualificada que assegure a universalidade, equidade e integralidade conforme os princípios do SUS, é necessária uma organização de rede de serviços. “É necessário que todas as gestantes, as parturientes, os recém-nascidos e as puérperas recebam todo o atendimento a que têm direito visando à redução dos agravos decorrentes das complicações da gravidez, do parto e do puerpério” (Brasil, 2014, p. 28-29).

As atitudes dos membros da equipe de atenção em relação à mulher devem buscar a valorização e o fortalecimento da sua dignidade, aumentando a sua autoestima e encorajando a sua participação no planejamento do seu cuidado. Deve ficar claro para ela que suas visões e desejos são importantes e serão respeitados, desde que não redundem em riscos substanciais para si ou para seu filho ou sua filha, riscos estes que deverão ser adequadamente explicitados em um comprometimento ético com a expressão da verdade. A redução da mulher a apenas um número de ficha ou leito ou chamamentos tais como “mãezinha”, “minha filha”, “dona Maria” etc. devem ser evitados. Ela deve sempre ser chamada pelo seu primeiro nome e atitudes agressivas e violentas, mesmo que sutis, são inadmissíveis. Manifestações de julgamento e censura em relação aos seus atos devem ser evitadas e ela deve ser encorajada a manifestar suas angústias e ansiedades, cabendo aos membros da equipe assistencial a adoção de posturas que a respeitem como ser humano e cidadã plena de direitos (Brasil, 2014, p. 29-30).

O trabalho em equipe multiprofissional integrada é fundamental para uma assistência à saúde adequada ao usuário, principalmente a assistência obstétrica e perinatal. Entretanto, o que se nota no Brasil, é uma enorme lacuna entre os serviços de saúde que ocorrem de forma fraca e desarticulada, resultando em um maior índice de mortalidade e morbidade materna e perinatal por falta de um atendimento conjunto e coeso.

Além disso, a hierarquia entre os profissionais e a hegemonia médica, muito presentes nos hospitais, prejudicam a contribuição de outros profissionais que poderiam auxiliar na melhora do resultado. Dessa maneira, é fundamental a participação de uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiros obstetras, psicólogos, educadores perinatais, doulas e outros profissionais, onde cada membro atuará com sua capacidade técnica, a fim de proporcionar uma assistência integral à mulher e a família (Brasil, 2014, p. 31).

Segundo o HumanizaSUS (Brasil, 2014), em contrapartida ao modelo tecnocrático, o Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal na Amazônia Legal e Nordeste (PQM)<sup>10</sup>, propõe uma assistência obstétrica e neonatal com direito a vida digna, com qualidade e sem sofrimento, garantindo um parto e nascimento seguro e humanizado, de acordo com as evidências científicas, assegurando a autonomia feminina e seu direito de escolha de como, onde e com

---

10 No ano de 2008, o Governo Brasileiro priorizou quatro (04) ações para a redução das iniquidades regionais na AL e NE, envolvendo vários Ministérios, tendo como prioridade a redução do analfabetismo, erradicação do subregistro civil, o fortalecimento da Agricultura Familiar e a redução da Mortalidade Infantil. Dessa forma, o Ministério da saúde criou o PQM. Fonte: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/RELATORIOFINALPQMfinal.pdf>.

quem parir. Esse plano deveria ser aplicado em todo o território nacional.

[...] O modelo obstétrico e neonatal que defendemos, e com o qual trabalhamos, deve ser reflexivo sobre o processo de trabalho com foco no atual modelo de assistência ao nascimento e seus resultados maternos e perinatais, subsidiado pelo debate sobre as evidências científicas que sustentam os melhores indicadores maternos e perinatais e onde as mulheres têm a oportunidade de exercer sua autonomia (Brasil, 2014, p. 32).

De acordo com a *Society of Obstetricians* (1998) trazido por Brasil (2014), oferecer à mulher um ambiente agradável e aconchegante, onde ela sinta liberdade e tenha contato com a família, é essencial para tornar o parto uma experiência prazerosa. Alguns lugares como jardins, salas com decoração que transmita tranquilidade, além da assistência integral do momento da admissão até o pós-parto (Brasil, 2014, p. 35).

O HumanizaSUS (Brasil, 2014), demonstra algumas práticas ainda utilizadas rotineiramente nos hospitais devem ser repensadas. A proibição de ingestão de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, sob a justificativa do risco de aspiração durante uma anestesia, quando na verdade deve ser oferecido alimentos leves e fluidos para manter a hidratação e um aporte calórico necessário durante o parto, sem que ocorra a incidência de complicações.

A utilização do enema no início do trabalho de parto, justificado para a redução de contaminação do períneo e de infecções materna e neonatal, sendo que “em publicação da Organização Mundial da Saúde (1996), o enema é classificado como uma prática claramente danosa ou ineficaz que deveria ser evitada” (Brasil, 2014, p. 36).

A tricotomia, também utilizado como redução de infecção e também como facilitador de sutura; alguns estudos já comprovaram a falta de evidências com essa prática, além dos relatos de desconforto entre as mulheres que foram submetidas ao procedimento (Basevi; Lavender, 2012 apud Brasil, 2014, p. 36)). Destaca-se que na Inglaterra a tricotomia foi abolida desde a década de 70.

A imersão em água também pode facilitar o trabalho de parto, provocando maior relaxamento durante as contrações, sendo assim, o uso de banheiras ou piscinas podem ser uma boa opção para as parturientes, e deveriam ser oferecidas nos hospitais e maternidades do Brasil, desde que seja feita a limpeza adequada e a temperatura ideal da água (Brasil, 2014, p. 37-38).

O apoio físico e emocional é fundamental durante esse processo considerado delicado para a mulher, por isso a importância de um acompanhante de sua livre escolha que auxilie nesse suporte; a presença de uma doula também pode trazer vários benefícios.

Um estudo realizado com mais de 15 mil mulheres, demonstrou que aquelas que obtiveram suporte contínuo, houve maior facilidade para o parto vaginal, menor analgesia e uma experiência mais satisfatória com o parto. A probabilidade de um parto cesariano também foi menor (Hodnett *et al.*, 2012b apud Brasil, 2014, p. 37).

O importante é que as necessidades individuais da mulher sejam reconhecidas por meio de um bom processo de apoio e comunicação, devendo-se estar alerta para as mudanças de comportamento durante o trabalho de parto, notadamente para sinais graves de estresse, o que pode indicar a necessidade de utilização de um método efetivo de alívio da dor. Para muitas mulheres, tal alívio pode ser obtido apenas com um suporte físico e emocional adequado. Deve-se transmitir segurança à parturiente, assim como orientá-la adequadamente sobre a evolução do parto. A presença de um familiar pode contribuir sobremaneira para a redução da intensidade dolorosa. As massagens corporais, banhos (de chuveiro ou imersão), deambulação ativa, técnicas de respiração e relaxamento, toques confortantes, utilização das bolas de nascimento e outras medidas de suporte físico e emocional também devem ser utilizadas para alívio da dor. Quando for constatada a necessidade ou houver solicitação da mulher, métodos farmacológicos de alívio da dor devem ser utilizados. A analgesia peridural ou raquidiana e peridural combinada devem ser os métodos farmacológicos de alívio da dor de escolha, após se obter o consentimento da mulher, que deve receber orientação detalhada sobre os seus riscos e benefícios e implicações para o parto (Brasil, 2014, p. 38).

Nota-se ser comum a determinação pelos profissionais da posição no trabalho de parto, principalmente no período expulsivo, sendo majoritariamente “imposto” a supina ou em decúbito lateral quando deveria ser permitido a livre escolha da parturiente na posição em que seja mais confortável. As posições verticais são as mais recomendadas para facilitar a saída do bebê, e reduzir a necessidade de analgesia. (Lawrence *et al.*, 2012 apud Brasil, 2014, p. 38). As posições horizontais começaram a ser usadas desde que os partos passaram a ser assistidos nos hospitais, argumenta-se o risco de um trauma perineal, porém, a posição de cócoras normalmente é a preferida quando é ofertada a possibilidade de escolha (Brasil, 2014, p. 38-39).

A episiotomia ainda é muito utilizada sob a justificativa de redução de

lacerações e preservação perineal e sexual. “Baseado em uma filosofia de cuidados que deve enfatizar o uso de práticas baseadas em evidências científicas e custo-efetivas, a episiotomia de rotina deve ser abandonada da prática obstétrica atual” (Brasil, 2014, p. 40-41).

O contato pele a pele após o nascimento também é um procedimento importante e que muitas vezes é ignorado. Considerando que 98% dos bebês nascem em hospitais, sendo a maioria saudável, devendo ser posicionado no abdômen da mãe até a interrupção da pulsação do cordão umbilical e somente após isso, fazer o clampeamento do cordão.

Dessa forma, o bebê pode ser mantido em contato com a mãe, sendo seu corpo utilizado como fonte de calor, onde também pode ser iniciado a amamentação e o fortalecimento do vínculo mãe-bebê. Essa prática simples, tem vários benefícios para ambos, tais como a redução de hipotermia do recém-nascido e impactos na nutrição, saúde e desenvolvimento para além do perinatal (Brasil, 2011 apud Brasil, 2014, p. 41).

A atenção pré-natal preconizada pela Política Nacional de Humanização considera o acolhimento da gestante na integralidade do cuidado, incluindo a recepção da usuária com escuta qualificada, o favorecimento do vínculo e a avaliação de vulnerabilidades de acordo com o contexto social (Brasil, 2012 apud Brasil, 2014, p. 51).

A proposta de humanização no nascimento é baseado em três conceitos: a restituição do protagonismo da mulher; a visão integral e interdisciplinar, considerando especificidades e fatores emocionais, espirituais, fisiológicos, culturais, sociais e a medicina baseada em evidências científicas, e não em crenças religiosas, místicas ou fantasiosas (Brasil, 2014, p. 112).

A constituição do modelo tecnocrático ocorreu no século XX com o uso intensivo de intervenções e tecnologias nos serviços de saúde, aumentando o nascimento por cesárea. As iniciativas de humanização ocorreram a partir de José Galba de Araújo, professor da Universidade Federal do Ceará que implantou na década de 70 um sistema de atenção integrado em casas de parto e parto domiciliar, com parteiras tradicionais (Misago *et. al.*, 1999 apud Brasil, 2014).

Os médicos Moysés Paciornik e Cláudio Paciornik também se tornaram referência através da divulgação da experiência vivida em uma comunidade indígena, onde era utilizado o parto de cócoras. Dessa forma, em 1993 surge a Rede

pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), tendo como motivação as palavras de Odent que dizia “para mudar a vida, é preciso primeiro mudar a forma de nascer” (ReHuNa, 1993, p. 171 apud Brasil, 2014, p. 114).

*É preciso ter clareza do contexto do surgimento dessa organização, há 20 anos, para conceber a ousadia desses visionários. Pouco depois da criação da ReHuNa, uma de suas fundadoras fez o seguinte comentário, muito verdadeiro à época: “Não vejo perspectivas de mudanças: os médicos só querem fazer cesáreas, estão em sua zona de conforto e não pretendem mudar; as enfermeiras obstetras têm sido desviadas para atividades administrativas, estão em sua zona de conforto e não vão brigar com os médicos para assistir partos; as mulheres estão sendo conduzidas a desejar e fazer uma cesárea, estão sem informação e não têm escolhas; e o governo não está nem aí com isso” (Brasil, 2014, p. 115).*

Segundo o HumanizaSUS (Brasil, 2014), “entre as pautas da ReHuNa, desde sua fundação, estão a diversidade de locais para o parto, permitindo a escolha das mulheres; a prestação de cuidados por obstetras; a presença de acompanhante de escolha e outras.” Essas propostas incomodaram os diversos setores da medicina que tem centrado os partos cada vez mais em hospitais, buscando o fechamento das casas de parto.

Os desafios para a consolidação das políticas de humanização são inúmeros, onde são vistos nas instituições “médicos contra enfermeiras e/ou doulas, instituições privadas que impedem médicas humanizadas de atender partos no quarto etc.” Além disso, o ReHuNa busca a formação profissional para um novo modelo de assistência obstétrica, entretanto existe uma forte resistência por parte do corpo médico. A boa notícia é a crescente formação de enfermeiras obstetras que adotam esse modelo (Brasil, 2014, p. 119).

Em muitas faculdades não se ensina a fisiologia do parto normal e há médicos formados que nunca assistiram a um parto vaginal – podendo prestar-lhe assistência dada seu diploma! Ademais, o Ministério da Saúde alega respeito à autonomia universitária para não interferir nos currículos de Obstetrícia. Por outro lado, o Ministério da Saúde condicionou o repasse de recursos de hospitais universitários federais à adequação da ambiência, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 36/2008. Porém, apenas a readequação da ambiência não condicionará os conteúdos. Hotimsky (2007) mostrou o processo de ensino de Obstetrícia em duas prestigiosas faculdades de Medicina de São Paulo, sem relação com evidências científicas e com “conteúdos ocultos”, em que a

conveniência dos profissionais antecede o objetivo do cuidado (Brasil, 2014, p. 119-120).

Em 2012 foi exibido pela plataforma do YouTube uma entrevista de um professor de obstetrícia da Universidade de São Paulo sobre as evidências científicas favoráveis ao parto domiciliar. O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) publicou uma denúncia a favor de uma punição pelo posicionamento.

Assim, iniciou-se uma articulação nas redes sociais encabeçada pela Rede Parto do Princípio – Mulheres em rede pela maternidade ativa e foi organizado a Marcha do Parto em Casa em defesa pela liberdade de escolha e de opinião, pela humanização do parto e nascimento, melhorias na assistência de saúde obstétrica e neonatal, e buscando providências em relação ao alto índice de cesáreas no Brasil.

A Marcha ocorreu em 31 cidades do país, sendo distribuída uma Carta Aberta à Sociedade. No mês seguinte, foi publicado pela Cremerj as resoluções nº 265 e nº 266/2012 proibindo os médicos do estado de assistirem partos domiciliares, e proibindo diretores de hospitais em permitir obstetizes, doulas e parteiras nos estabelecimentos de saúde.

Dessa forma, o conselho se mostrou contrário às evidências científicas e às recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde. Em agosto do mesmo ano ocorreu uma nova Marcha, além disso, o Conselho Regional de Enfermagem entrou na justiça contra essas resoluções. A Febrasgo, o Conselho Federal de Medicina, os Conselhos Regionais da Bahia e de Pernambuco mostraram as divergências existentes dentro da própria profissão (Brasil, 2014, p. 125-126).

Entretanto, é importante ressaltar que embora existam essas divergências, a resistência em uma mudança no modelo biomédico e a falta de reconhecimento dos profissionais nas ocorrências de práticas violentas, são enormes. O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou em 3 de Maio de 2019 uma nota de repúdio a utilização do termo “violência obstétrica”, segundo ele:

[...] A adoção desse termo conturba a relação médico-paciente; quebra o princípio da harmonia nas equipes multiprofissionais; não promove qualquer mudança significativa no quadro de desproteção às gestantes; e transfere de modo inconsequente sobre os médicos a responsabilidade por todas as mazelas da saúde (pública ou privada), como se fossem culpados pelos graves indicadores de mortalidade e de morbidade maternos e infantis. [...] (CFM, 2019)



É necessário o reconhecimento do sucateamento dos serviços de saúde, bem como, a precariedade do trabalho desses profissionais. Contudo, a garantia de um atendimento minimamente digno e respeitoso ao usuário é uma questão básica, e já foi comprovado essa defasagem através de várias pesquisas. A publicação desta nota, só demonstra a falta de reflexão crítica por parte dos médicos em relação a necessidade de uma mudança no modelo de saúde enraizado na sociedade, que reforça a hierarquia de poder, o patriarcado e o sexismo.

Na busca da humanização do parto e do nascimento, investimentos são feitos na melhoria obstétrica e neonatal, universalização do acesso à assistência pré-natal e ao parto, exames de rotina, diminuição das taxas de cesáreas desnecessárias. Persistem, entretanto, uma cultura discriminatória, punitiva e correcional dirigida às mulheres e características de uma relação profissional-usuário: autoritária, com tratamento discriminatório, desumano ou degradante, desafiando a uma transformação das desigualdades (Diniz, 2009; Gomes; Nations; Luz, 2008 apud Brasil, 2014, p. 136).

De acordo com D'Oliveira, Diniz e Shraiber (2002) citado por Brasil (2014, p. 139), a violência institucional contra a mulher nos serviços de saúde durante a gravidez, além de ser uma violação dos direitos humanos, é um dos problemas que culmina na mortalidade e morbidade materna, sendo resultante da má qualidade dos serviços.

Uma complexa e diversa rede de fatores – como condições socioeconômicas dos usuários, cultura, gênero, consciência de direitos, situação precária dos serviços de saúde, interesses variados, incipiente organização do sistema de saúde em rede, baixo reconhecimento dos direitos dos usuários, entre outros – pode contribuir para resistências em mudar as práticas de atenção e de gestão nas maternidades que, em muitas situações, são expressas como violência institucional e comprometem o direito à mulher e à criança de um momento digno e feliz no parto e no nascimento (Brasil, 2014, p. 142).

Portanto, o modelo hierárquico está enraizado culturalmente no Brasil, em que o médico é colocado como o detentor do saber, exercendo o seu poder sobre as escolhas da gestante retirando o protagonismo da mulher na sua parturição.

É mister que os profissionais da área de saúde compreendam a mulher em sua totalidade, como um ser humano, com histórias de vida, gestando outra vida. Sendo esse, um momento marcante e que deve ser inteiramente respeitado. Rothman (1993) apud Ciello (2012, p. 11) coloca algumas citações de autores que

demonstram a ideia do parto apenas como um fator fisiológico.

Nesse sentido, o parto é concebido como uma forma de violência, tratado como uma patologia, que implica em danos, riscos e sofrimentos, fazendo da maternidade uma espécie de violência sexual da passagem da criança pelos genitais: uma espécie de estupro invertido (Diniz *et. al.*, 2015).

Essa concepção apenas reforça a ideia do patriarcado, em que a mulher é vista como “aquela que nasceu para parir”, minimizando o seu papel na sociedade enquanto ser humano autônomo, culpabilizando a parturiente e colocando a ideia do parto como um “castigo” e um tormento para estas que desejaram serem mães. Diante dessas imposições ideológicas, a mulher é vista apenas como o corpo que vai parir, caracterizando uma desumanização total no atendimento às gestantes.

Diante do exposto, a humanização do parto é um movimento fundamental no sentido de buscar uma nova realidade para as mulheres que sofrem constantes violências. “A implementação das diretrizes da PNH, que pressupõe a humanização com suporte em uma dimensão ética e política, pode potencializar mudanças e contribuir para a minimização da violência institucional [...]” (Rios, 2009 apud Brasil, 2014, p. 142).

Conforme elucidado nos capítulos anteriores, a violência contra as mulheres em suas diversas formas é reflexo de uma sociedade patriarcal, machista, sexista e misógina, na qual, a mulher ainda é vista em um papel de submissão dentro de uma hierarquia de gênero. Esta, se reproduz em várias esferas, sendo enfatizado aqui os serviços de saúde que perpetuam o ciclo de violência.

Dessa forma, é necessário refletir sobre mudanças efetivas na assistência obstétrica e neonatal, baseada em um atendimento acolhedor, potencializando o protagonismo da mulher, pensando suas demandas individuais, valorizando o sujeito e assegurando seus direitos, é uma estratégia para a redução da violência obstétrica, da mortalidade e morbidade materna. Além disso, é fundamental também pensar as condições de trabalho ao qual esses profissionais são submetidos principalmente da rede pública, uma vez que, as intensas jornadas e a falta de insumos contribuem com o sucateamento do sistema de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica é uma das inúmeras violências cometidas contra a mulher, sendo ela praticada especificamente pelos profissionais de saúde em detrimento das gestantes, podendo acontecer no decorrer da gravidez, durante o parto ou após ele. Dentre os tipos de violência obstétrica podemos destacar a episiotomia, a manobra de *Kristeller*, o uso do fórceps, a amniotomia, a tricotomia, o uso abusivo de ocitocina, a imposição de posições desconfortáveis durante o trabalho de parto, tal qual a litotomia ou supina, além da falta de informação prestada à “paciente” durante o pré-natal ou sobre a evolução do parto, o impedimento de acompanhante durante a parturição, a cesárea induzida de forma indiscriminada, bem como a imposição sobre a mulher de como parir.

A violência psicológica também é muito comum neste contexto e ocorre através de xingamentos, humilhações, discriminação, falas preconceituosas, tratamento abusivo, chantagens e outros. Todas as manifestações de violência colocam em risco a integridade física e mental da mulher, que é desrespeitada enquanto ser humano integral, tendo seus direitos e escolhas violados.

Dentre os motivos que ocasionam essa violência, destacamos o processo histórico na construção de uma sociedade patriarcal, onde a mulher se encontra sempre em posição de inferioridade em relação ao homem, ocupando o papel social de reprodução, sendo sua autonomia ainda relativa e seus corpos dominados. Não podemos deixar de destacar as expressões da violência obstétrica em detrimento às mulheres negras, onde os índices são discrepantes em relação às mulheres brancas. Paralelo a isso, encontramos também dentro da área de saúde as relações de poder e o modelo biomédico, sendo o profissional colocado enquanto o centro do saber e do processo de nascimento em uma posição hierárquica, desconsiderando a fisiologia natural do parto na qual a mulher ocupa um lugar coadjuvante.

Dessa forma, as políticas de humanização trazem a necessidade de uma reconstrução nos atendimentos da saúde, visando o tratamento do usuário de forma integral, acolhendo suas demandas individuais, respeitando suas escolhas. Sendo assim, o modelo atual de assistência obstétrica oferecido na maioria dos hospitais, deve ser repensado, oferecendo à mulher e à família todo o acolhimento necessário, respeitando sua autonomia em relação às suas escolhas, utilizando o mínimo de intervenções possíveis, sempre pautadas em saberes científicos e considerando o

consentimento da parturiente. Entretanto, para a efetivação de uma assistência humanizada, é preciso rever o currículo pedagógico dos cursos da área de saúde, que atualmente reforçam o estudo do corpo, desconsiderando a integralidade do ser humano e os determinantes sociais da saúde. Além de rever as condições de trabalho ao qual esses profissionais se encontram.

Nesse cenário, o Serviço Social é fundamental enquanto profissão que atua de forma generalista sendo um dos seus campos a área de saúde, compreendendo este ciclo de violência contra mulher assegurando-lhes os seus direitos na intermediação com os demais profissionais.

## REFERÊNCIAS

AGGIO, C. de M.; ANDRADE, B. P., **Violência Obstétrica: a dor que cala**. Londrina, 2014.

ASSIS, F. D. **Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018 547. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.159>.

BARATA, R. B. **Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2009.

BENSON; M. D. **Pérolas em Obstetrícia: guia prático para residentes**. Editora Revinter. Rio de Janeiro, 1994.

BORDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro, 2ª edição, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos- BRASIL**. 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>. Acesso em: 23 mar. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 46 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.p](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.p). Acesso em: 28/03/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN)**. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000.

BRISOLA, E.M.A.; RIBEIRO, S.L.S.; MACRI, L.R.D; RODRIGUES, R. **A Violência Obstétrica como violação de Direitos Humanos das mulheres**. Revista Ciências Humanas - ISSN 2179-1120 - v16, e34, 2023. DOI: <https://doi.org/10.32813/2179-1120.2023.v16.n1.a930>.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

CARVALHO, F. de C.; KERBER, N. P. da C.; BUSANELO, J.; COSTA, M. M. G. da.; GONÇALVES, B. G.; QUADROS, V. F. **Práticas prejudiciais ao parto**: relatos dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. Rev. Rene, vol. 11, Número Especial, 2010.

CASTRO, M. M. C.; **Humanização em saúde**: intencionalidade política e fundamentação teórica. Rio de Janeiro: Ed. Lumen Juris, 2018.

CIELLO, C. *et. al.* **Dossiê da Violência Obstétrica**. Produção: Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012.

CISNE, M.; SANTOS S. M. M. dos. **Feminismo, diversidade sexual e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2018.

Conselho Federal de Medicina. **Nota à imprensa e à população**. Brasília-DF, 2019. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br>. Acesso em: 13/12/2023.

CORRÊA, A. P. D. TORRES, I. C. **O sofrimento no parto como uma reprodução das relações patriarcais de gênero**: expressões da violência obstétrica numa maternidade em Manaus. 2019. Disponível em: <https://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1532>. Acesso em: 30/06/2023.

DESLAURIERS, J. & KÉRISIT, M. **O delineamento de pesquisa qualitativa**. In: **POUPART, Jean et. al A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes. 2008.

DIAS M. A. B., DOMINGUES R. M. S. M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciênc. Saúde Coletiva, 2005; 10(3): 669-706.

DINIZ, S. G. D.; SALGADO, H. de O.; ANDREZZO, H. F. de; CARVALHO, P. G. de; CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. de A.; NIY, D. Y. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil**: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para a sua prevenção. Journal of Human Growth and Development, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo, Ed: Elefante, 2017.

GONÇALVES, R.; AGUIAR, A. C; MERIGH, B. A. M; JESUS, P. M. C. **Vivenciando o cuidado no contexto de uma cada de parto: o olhar das usuárias**. Revista Escola de Enfermagem USP, n.1; 2011, p. 62-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/09.pdf> Acesso: 06/07/2023.

LEAL, M. Do C.; GAMA, S. G. N. da.; PEREIRA, A. P. E.; PACHECO, V. E.; CARMO, C. N. do C.; SANTOS, R. V. **A cor da dor**: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2020. Doi: 10.1590/0102-311X00078816.

MAGALHÃES, R. C. de M. **Violência obstétrica enquanto violência de gênero e seu viés racial**. Revista Caderno Virtual, 2018.

MINAYO, M. C. de S.. *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª edição. Petrópolis RJ: Vozes, 2002.

NASCIMENTO, M. G. P. do. **Patriarcado, capitalismo, racismo e violência obstétrica: uma análise crítica**, Rio Grande do Norte, 2022.

PATRIOTA, Tania. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento** - Plataforma de Cairo, 2004.

PEREIRA, J. S.; SILVA, J. C.; BORGES, N. A. *et al.* **Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana**. *Brasílian Journal of Surgery and Clinical Research*; V.15, n.1, 2016.

PIRES; P. F. G.; **Maternidade Segura: Humanização do Parto e Nascimento**. Juiz de Fora - MG, 1999.

QUEIROZ, T. C.; FÓFANO, G. A.; ANDRADE, F. M. *et al.* **Violência obstétrica e suas perspectivas na relação de gênero**. Revista Científica Fagoc. V.2, 2017. Disponível em: <http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/194/252> Acesso: 01/11/2023.

ROHDEN, F. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, 248 p. História e saúde *collection*. ISBN: 978-65-5708- 117-4. DOI:<https://doi.org/10.7476/9786557081174>.

SAFFIOTI, H. I. B. **A mulher na sociedade de classes**. 3 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALGADO, H. de O. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento**. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. 2012

SANTOS, J. F. A. **Enfrentamento à violência obstétrica: contribuições do movimento de mulheres negras brasileiras**. Revista em Pauta, 2021. DOI: 10.12957/rep.2021.56082.

SANTOS, R. C. S. dos; SOUZA, N. F. de. **Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática**. Estação Científica (UNIFAP), Macapá, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015.

SANTOS, Y. R. P.; LEAL, N. P.; VERSIANI, M. H. **Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas**. Ciência & Saúde Coletiva, 26(3):941-950, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021263.13662020.

SENNA, L. M.; TESSER, C. D. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães**: relato de duas experiências. Interface, Comunicação, Educação e Saúde, Botucatu, v.21, n.60, p.209-20, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>. Acesso em: 27/11/ 2023.

SILVA, M. V. **Violência contra a mulher: quem mete a colher?**. São Paulo: Cortez, 1992.

Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais. **Ginecologia e Obstetrícia: Manual para o TEGO (Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia)**; 1ª edição: Editora Medsi, Minas Gerais, 1997.

SOUZA, A. A. de M.; CASTELLI, B. de O.; PAULA, I. C. de.; RAMA, R. R.; ARAÚJO, E. M. de. **Racismo contra as mulheres negras no SUS**: uma abordagem ética. VII COLÓQUIO ESTADUAL DE PESQUISA MULTIDISCIPLINAR, 2023.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde**. Declaração da OMS. 2014.

ONU. Organização das Nações Unidas/Brasil. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 08/12/2023.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2006)**.

VIEIRA, E. Mi. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.