



REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E BEM ESTAR

FACULDADE SANTO AGOSTINHO DE ITABUNA

Violência obstétrica e a subjugação feminina: uma análise a partir da interseccionalidade gênero, raça e classe social

Obstetric violence and female subjugation: an analysis from gender, race and social class intersectionality

Cristiano Silva Fagundes¹, Emilly Fernanda de Souza Marques¹,
Iago Santos Souza¹, Lavine dos Santos Souza¹, Luciano de Oliveira
Souza Tourinho^{1*}

¹ Faculdade Santo Agostinho, FASAI, Itabuna, Bahia, Brasil.

* Autor correspondente: Luciano de Oliveira Souza Tourinho, Pós-Doutor - E-mail: luciano.tourinho@itabuna.fasa.edu.br, Curso de Medicina, Faculdade Santo Agostinho de Itabuna. Endereço profissional: Av. Ibicaraí, n. 3270, Nova Itabuna, Itabuna - Bahia. CEP: 45600-000

RESUMO

A presente pesquisa versa sobre a violência obstétrica sob a luz da interseccionalidade de gênero, raça e classe social. Para tanto, o problema foi analisado de diferentes perspectivas, desde a construção histórica até a atual conjuntura, comprovando que a temática é ainda mais complexa por relacionar-se, intrinsecamente, com outras questões socioeconômicas. Analisou-se a naturalização de tais práticas nas instituições obstétricas e a perpetuação desta cultura, bem como o psicológico da parturiente tendo em vista a sua importância. O estudo foi realizado por meio de uma revisão sistemática de literatura, a partir de informações coletadas em artigos disponíveis nas

plataformas UpToDate, Google, Scielo e PubMed. A relevância do tema vai desde a necessidade científica de abordá-lo até a possibilidade de um novo olhar mais humanizado pelos acadêmicos e profissionais da área. Dessa forma, essa pesquisa objetivou verificar a existência de abusos obstétricos na rede de saúde, com o intuito de dar visibilidade à problemática evidenciada, por vezes negligenciada e omitida pelas autoridades competentes. Ademais, verificar possíveis fatores que possam contribuir para a prática ou não da violência obstétrica, tais como cor, etnia, classe social, grau de escolaridade, faixa etária entre outros fatores.

Palavras-chave: Gênero; Violência; Feminismo; Obstetrícia, Racismo Estrutural.

ABSTRACT

This essay examines obstetric violence under the light of intersectionality of gender, race and social class. Therefore the problematic was analyzed by different perceptions, since the historical construction until nowadays, proving the relevance of the theme which is far more complex once it is related with other social and economic issues. The naturalization of obstetric violence and acceptance of it as part of a culture in the obstetric field such as the possible psychological harm in parturients. The essay was made from a systematic literature review from datas collected in platforms such as Google, Scielo, UpToDate, PubMed. The essay had shown its relevance from the scientific need to discuss such a theme, as a possibility to create a more humanized behavior in physicians and medical students. Thus this research aims to verify the existence of obstetric violence in the health system trying to bring the problem to the debate. Furthermore to verify other possible factors that might contribute to the existence or not of obstetric violence such as gender, race and social class.

Keywords: Obstetric Violence; Gender; Social Class; Health System.

Introdução

O momento do parto, por muitos anos, foi considerado um evento feminino, sagrado, natural e fisiológico. Desde os primórdios da humanidade até o início do século XX as mulheres davam à luz em seus domicílios com o auxílio de parteiras ou até mesmo da sua própria família. A partir da segunda década do século XX, com o advento da tecnologia e consequente mudança na perspectiva médica, inicia-se a hospitalização do parto e esse passa a ser conduzido pelas instituições hospitalares. Atualmente, o parto vaginal é associado a dor intensa e sofrimento, e tal generalidade deve-se ao atual modelo de assistência obstétrica, definido como tecnocrático.

O tema violência obstétrica começou a ganhar visibilidade no Brasil somente no século XXI por meio, principalmente, do movimento feminista.

Entretanto, o assunto permanece negligenciado devido à grande resistência de profissionais em reconhecer o tratamento prestado como violência e pela carência de pesquisas e debates relacionados com a temática.

Deve-se avaliar que uma parcela significativa de puérperas tem sido tratada, momento do parto e pós-parto, com procedimentos invasivos e condutas médicas indevidas, tornando-as vítimas da violência obstétrica. Tal ato inferioriza a paciente e a submete a sofrimentos desnecessários, causando impactos psicossociais a essas mulheres. Além disso, a taxa de violência obstétrica está intrinsecamente relacionada ao perfil gravídico, evidenciando a desigualdade social, principalmente de cor, instrução social e renda.

Tendo em vista o atual cenário brasileiro, no qual cerca de uma a cada quatro mulheres sofre violência obstétrica (LEAL, 2017), faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas voltadas para esse fenômeno social. Isso porque a discussão levantada por meio desse estudo traz à tona um fenômeno ainda pouco reconhecido pelas próprias mulheres e autoridades competentes. Além disso, tal fundamentação teórica, consubstanciará na necessidade de desenvolvimento de medidas de promoção à saúde da mulher e do recém-nascido, contribuindo para o empoderamento feminino em relação ao seu próprio corpo. Ademais, no âmbito acadêmico, esse estudo contribuirá para o reconhecimento da necessidade de formação de novos profissionais da área de saúde com uma atuação mais humana, capacitados para exercer o seu ofício com respeito diante de um processo natural e biológico, como o parto. Isso porque a atuação obstétrica hodierna caracteriza-se por um viés medicalizante, no qual a conformação do parto volta-se para atender às necessidades da equipe de saúde (PALHARINI, FIGUEIRÔA, 2018), evidenciando a necessidade de os médicos em formação desenvolverem habilidades para uma relação médico-paciente humanizada.

A partir do presente estudo, objetiva-se verificar a existência da violência obstétrica, correlacionando com o seu perfil epidemiológico, com a finalidade de consubstanciar dados científicos sobre tal problemática para que, a partir disso, torne-se possível a elaboração de políticas públicas que coíbam tal violência na rede de saúde.

Material e Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura acerca da violência obstétrica e subjugação feminina, cujo método consiste em abranger estudos empíricos e teóricos, sendo caracterizado por uma base de uma variada amostragem de dados e perspectivas. Outrossim, permite aglutinar várias metodologias, as quais possibilitam a ampliação do conhecimento e o avanço das discussões sobre a temática proposta. Esse tipo de estudo está estruturado em etapas estabelecidas pela literatura internacional (HOPIA, 2016, p. 2):

(1) identificação do problema, o que garante que a pesquisa possua questionamento e propósito claramente definidos; (2) pesquisa bibliográfica, que incorpora uma estratégia de pesquisa abrangente; (3) avaliação de dados, que se concentra na autenticidade, qualidade metodológica, valor informacional e representatividade dos estudos primários disponíveis; (4) análise de dados, que inclui redução de dados, exibição, comparação e conclusões; e (5) apresentação, que sintetiza as descobertas em um modelo que retrata o processo de integração e que descreve as implicações para a prática, política e pesquisa, bem como as limitações da revisão.

Na Etapa 1 da revisão integrativa, definiu-se o objetivo da pesquisa e assim formulou-se a questão norteadora do estudo: Como os trabalhos científicos abordam a violência obstétrica na perspectiva de raça/gênero/classe social? Na Etapa 2, foi traçada a estratégia de busca de forma abrangente. Foram utilizados, para a coleta de dados, o site da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), as bases eletrônicas de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*) e a pesquisa *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram selecionados os artigos publicados entre janeiro de 2009 e dezembro de 2019, empregando-se os seguintes descritores para orientação da busca: "violência contra a mulher", "raça", "racismo" e "obstetrícia" – todos inseridos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Tais descritores também foram submetidos a cruzamentos, aplicando-se o

operador booleano "and" e o uso das quatro combinações nas bases de dados associadas à expressão "violência obstétrica". Na Etapa 3, para avaliação da representatividade dos dados, foram elencados como critérios de inclusão: artigos originais e completos, disponíveis na íntegra de forma on-line e gratuita, com publicação, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2021, nos idiomas português e inglês e que abordassem diretamente as temáticas raça/gênero/classe social na discussão sobre a violência obstétrica. Como critérios de exclusão: artigos repetidos nas bases de dados ou com data de publicação anterior ao ano de 2005. Para a análise de dados – na Etapa 4 da revisão – utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin, a qual consiste em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Foi desenvolvida por meio das três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 2011). Na pré-análise foram lidos artigos (títulos e resumos) para o conhecimento das abordagens, com vistas a alcançar o objetivo traçado. Na exploração do material, com leitura exaustiva dos artigos, identificou-se a similaridade das informações nos conteúdos dos textos e foram elaboradas as seguintes categorias de análise: A violência obstétrica como uma violação de direitos; Interseccionalidade de gênero, etnia e classe versus violência obstétrica; Tipificação, caracterização e repercussões da violência obstétrica; e Violência obstétrica: violência institucional e de gênero. Na fase de interpretação, os artigos apresentados dialogam com a literatura existente. A Etapa 5 da revisão consistiu na apresentação dos dados (incluindo a síntese do conhecimento observado), os quais estão expostos e analisados nos tópicos Resultados, Discussão e Conclusão. (SANTOS, 2020)

Resultados e Discussão

A relação médico-paciente é intrinsecamente desigual. Isso se deve, sobretudo, ao fato de que o médico possui conhecimentos aprofundados a respeito do corpo humano e, portanto, possui maior preparo para designar qual o melhor procedimento terapêutico deve ser recomendado. No entanto, isso não significa que o paciente deva aceitar todas as recomendações de forma

passiva, principalmente no cenário hodierno, no qual a população possui relevante acesso às informações, propiciado pela internet. Desse modo, uma consulta médica deve ser voltada a escolher junto com o paciente a melhor forma terapêutica a ser seguida, levando-se em consideração fatores culturais, sociais, econômicos, dentre outros, ou seja, o paciente deve ser entendido como um ser holístico (MAIA, 2018).

No entanto, quando essa discussão se volta ao atendimento a mulheres, isso possui agravantes, haja vista que em dados momentos históricos o corpo da mulher foi visto como sendo uma propriedade de seu patriarca e tal lógica influencia a formação discursiva, bem como a lógica da sociedade hodierna (CUNHA, 2014). Isso se justifica uma vez que o médico, muitas vezes, retira a autonomia da mulher e se apropria do seu corpo com vistas a facilitar a sua atuação em detrimento da condição feminina. Esse fenômeno é observado, muitas vezes, no parto. Diversos estudos vêm mostrando a violência sofrida por mulheres durante esse processo, ao que se denomina de violência obstétrica (VENDRÚSCOLO, CRISTINA, 2015; LEAL, 2017; G VENTURI, 2010; PALHARINI, FIGUEIRÔA, 2018; GOMES, 2018; MOURA, 2014).

A violência obstétrica supracitada pode ser compreendida como uma violência que inferioriza a paciente, submetendo-a a sofrimentos desnecessários com base na diferença de gênero, classe social, poder e etnia, desconsiderando o caráter subjetivo e repleto de significados que circunda o parto (CONTE, 2019). Significados esses que estavam presentes, sobretudo, quando o parto era tratado de forma mais natural e menos medicalizada.

A discussão acerca da história do parto leva a perceber que seu campo simbólico sofreu significativa alteração nesses últimos séculos. Isso porque esse evento fisiológico estava associado a um momento pessoal e familiar até o século XVII, no qual a mulher grávida escolhia a melhor maneira de conduzir o parto com o auxílio psíquico e procedimental de outras mulheres. Dentre estas, destacavam-se a mãe e a parteira – a qual possuía conhecimento da medicina popular – configurando-se um ambiente pessoal e acolhedor. Tal conformação permitia à mulher conectar-se ao seu corpo, e deixá-lo agir instintivamente, demonstrando confiança e naturalidade para esse processo.

Elementos esses que eram reiterados pela parteira, a qual, a partir de conhecimentos da medicina popular, guiava e apoiava a parturiente durante a evolução do parto, bem como no período posterior, orientando os cuidados que deveriam ter com o bebê, bem como a respeito do repouso que a mulher deveria ter nos primeiros dias pós-parto (VENDRÚSCOLO, CRISTINA, 2015).

Nessa seara, nota-se que a figura do médico não era intrínseca a esse momento, isso porque sua presença estava associada apenas aos casos de complicação no parto, em que a parturiente e o bebê corriam riscos de vida. No entanto, a partir do século XVII, com o surgimento do fórceps, essa ideiação começou a se alterar (NAGAHAMAI, SANTIAGO, 2005). Isso porque as complicações durante o parto representavam um elevado risco de vida à mãe e ao bebê. Tal situação era agravada em decorrência do fato de que nesse período as técnicas cirúrgicas não eram bem desenvolvidas e apresentavam altos índices de letalidade, inviabilizando a realização de cesáreas. Desse modo, o fórceps permitia retirar a bebê do útero da mãe quando as contrações naturais não eram suficientes para a expulsão do bebê, sem a necessidade de realizar procedimentos cirúrgicos, o que representou um avanço. Por conseguinte, a atuação do médico no momento do parto passou a ser cada vez presente (VENDRÚSCOLO, CRISTINA, 2015). Além disso, de acordo com Nagahamai e Santiago (2005, p. 655):

Pelo fato de as parteiras não terem condições econômicas de adquirir o fórcepe, de serem incapazes de dominar novas técnicas por serem consideradas intelectualmente inferiores aos homens, aliado ao fato de não serem condizentes com o paradigma intervencionista médico, passaram a rejeitá-lo. Desta forma, o uso do fórcepe permitiu a intervenção masculina e a substituição do paradigma não intervencionista pela ideia do parto como um ato controlado pelo homem.

Desse modo, um ambiente que antes era apenas feminino, o parto, passou a ter a possibilidade de intervenção médica masculina. E com o desenvolvimento da medicina e o lugar que tal área foi ganhando em meio a

sociedade, a presença de médicos foi se tornando cada vez mais frequente, culminando no século XIX com a criação de espaços institucionais destinados à realização de partos e atendimento às mulheres (hospitais maternidades). Espaços esses que foram ganhando adesão devido a busca das mulheres por um atendimento de qualidade, seguro, indolor e asséptico. Destarte, a hospitalização do corpo da mulher e do parto tornou-se mais presente (CURI; BAPTISTA, 2018).

Assim sendo, nota-se que valores, já inaceitáveis atualmente, como a subjugação do feminino pelo masculino, ainda corroboram para a perpetuação de práticas violentas no momento do parto, apesar de serem realizadas sem intencionalidade na maioria das vezes. Isso porque o intervencionismo médico excessivo no momento do parto de uma mulher, o qual configura-se práticas de abuso obstétrico, está presente desde que o parto passou a ser considerado algo patológico que necessita de intervenção médica. Esse cenário se torna nítido quando se observa as controvérsias a respeito do “pai” da ginecologia moderna, James Marion Sims, que realizou entre 1845 a 1849 uma série de cirurgias sem uso de anestésicos em suas escravas (SARTIN, 2004), desconsiderando a humanidade dessas mulheres, estudos esses que deram a base para a construção da obstetrícia moderna.

Ademais, outro precursor da ginecologia, Jorge de Rezende, declarou que a episiotomia deveria ser quase sempre indispensável nas primiparturientes e nas multíparas que já foram episiotomizadas. Essa recomendação configura-se um argumento bastante utilizado entre profissionais que defendem a necessidade da episiotomia, corroborando para a perpetuação de um desrespeito ao direito à integridade do corpo de uma mulher, pois atualmente sabe-se que tal prática deve ser realizada apenas em casos excepcionais (OLIVEIRA, MIQUILINI, 2005).

No cenário hodierno, apesar de significativos avanços na área da medicina, a violência obstétrica ainda se faz presente na realidade das mulheres, configurando-se como um grave problema de saúde pública no Brasil. Pesquisas do Inquérito Nacional “Nascer no Brasil” - coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz) - revelam que, na atenção obstétrica pública brasileira, 25% das gestantes atendidas por

esse sistema de saúde relatam que sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou no parto. Verificou-se também que apenas 5% dos partos vaginais ocorrem sem intervenções (ESTUMANO, 2017). Tais agressões, praticadas por profissionais de saúde, vão de repreensões, humilhações e gritos à recusa de alívio da dor, realização de exames dolorosos e desnecessários, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à fatores socioeconômicos, como a classe social e a cor da pele (ESTUMANO, 2017). São evidências mais do que eloquentes quanto à magnitude e importância do tema na saúde materna e na saúde pública brasileira.

A violência obstétrica, apesar de recorrente, esconde-se no interior das instituições públicas de saúde. Muitas vezes, por serem tão comuns e frequentes, não são vistas como violência, mas sim como uma rotina dos profissionais. Mesmo entre as mulheres que já sofreram algum tipo de violência obstétrica, algumas ainda não a veem como um problema e, sim, como um ato “natural”, como um processo inevitável no momento do parto (ESTUMANO, 2017).

Na última década, organizações feministas que trabalham para atenuar ou erradicar as formas de violência contra a mulher e em defesa dos direitos humanos têm pressionado politicamente o Legislativo brasileiro para que soluções legais sejam adotadas a fim de mitigar a alta incidência dessa violência no Brasil (GIL, 2015), o que tem produzido efeitos. Entretanto, a problemática tem-se mostrado de difícil resolução, uma vez que o maior desafio é que as políticas públicas demandam outras políticas públicas que tocam em distintas, mas relacionadas, problemáticas, como a desigualdade social, principalmente de cor e de renda.

Outrossim, a Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a UNICEF, constatou recentemente que são inúmeras as implicações da violência obstétrica para a morbidade e mortalidade maternas (LEAL, 2014). Dentre elas, pode-se destacar o risco adicional associado aos eventos adversos do manejo agressivo do parto vaginal e a negligência em atender mulheres que expressam seu sofrimento (com choro, gritos, gemidos) ou que pedem ajuda de modo insistente. O estudo ressalta também que é considerado

hostil o impedimento da presença de um acompanhante durante o parto e o pós-parto, tendo em vista que essa proibição se configura como uma ameaça à segurança das mulheres.

Portanto, apesar da significativa evolução histórica, ainda se faz necessário debater acerca de tal problemática. Algumas medidas podem ser tomadas para reduzir os numerosos casos (DINIZ, 2014), como a inclusão dos direitos das mulheres e os direitos sexuais e reprodutivos nas disciplinas de graduação em saúde (medicina, enfermagem, obstetrícia etc.); garantir a efetivação do direito ao acompanhante antes, durante e depois do parto; aumentar a visibilidade do problema e responsabilizar atores envolvidos, compilando denúncias e convocando os responsáveis pelos serviços e pelo ensino para um diálogo sobre as mudanças necessárias.

Outro aspecto relevante nessa problemática é sobre os impactos psicossociais, fator este que tende a marcar as vidas das vítimas de abusos médicos. A gestação é um período pelo qual a mulher passa por inúmeras mudanças de ordem fisiológica interferindo também no psicológico das gestantes. Como diz ainda Maia (2018), a percepção da mulher acerca da gestação e parto é sugestionado pelos acontecimentos do período gestacional, desde a concepção até o parto a gestante internaliza as experiências vividas imprimindo-as em sentimentos. Tendo em vista que o atendimento da equipe obstétrica desde o pré-natal até a hora do parto pode contribuir para o estado psicológico da gestante é imperativo que a equipe médica faça o manejo da paciente visando sempre o bem-estar psíquico da paciente.

Maia (2018) ainda informa em seu estudo que devido à falta de informação passada no período do pré-natal desde a hora do parto faz com que a mulher assuma um papel de passividade durante o ato de parir. Por receio de que alguma complicação aconteça, as parturientes acabam por atribuir ao obstetra, decisões que violam o seu corpo e desconsideram qualquer aspecto do seu histórico pessoal ou cultural.

Este modelo de parto implantado com os avanços tecnológicos mecaniza as relações médico paciente transformando a parturiente apenas em um mecanismo para que o profissional chegue ao propósito final do seu trabalho. Ademais, coisifica o parto que outrora era visto como uma experiência

intimista repleta de significados e emoções reprimindo sentimentos legítimos da gestante.

Maia (2018) ainda diz que neste contexto os sentimentos de medo da perda do filho, da morte, o sentimento de impotência são frutos momentâneos da violência obstétrica. Para além desses sintomas outros transtornos decorrentes da violência obstétrica também são retratados pela autora: ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo, insônia, pesadelo noturno e transtornos alimentares. Esses transtornos se encaixam como espectros do transtorno de ansiedade. Segundo Barnhill (2018), a ansiedade ocorre em uma série de transtornos mentais e físicos e se manifesta sem qualquer antecedente desencadeante ou como resposta a traumas passados podendo perdurar por toda a vida da pessoa em alguns casos necessitando de intervenção medicamentosa.

A depressão pós-parto é uma outra desordem emocional que acomete um número significativo de mulheres no período do puerpério. Como depressão pós-parto entende-se como uma condição de profunda tristeza, falta de esperança e insônia que pode acometer as puérperas até 4 meses após o nascimento da criança. Esta condição dificulta o vínculo da mãe com o bebê, de acordo com o Ministério da Saúde (2019). Carvalho e Benincasa (2019), em estudo de campo, apontaram que a depressão pós-parto está diretamente ligada a violência obstétrica podendo esta ser um denominador desencadeante do transtorno. As autoras afirmam que episódios de estresse, medo ou insegurança no momento do parto ou pré-natal contribuem para o desenvolvimento da patologia. Segundo o estudo, manobras invasivas, a falta de informação sobre os procedimentos a serem realizados e a forma que a equipe médica trata a gestante estão entre as principais frustrações em relação ao parto das mulheres com sintomas depressivos (CARVALHO, BENINCASA, 2019).

É possível inferir que as circunstâncias socioeconômicas das parturientes estão intrinsecamente relacionadas com a problemática da violência obstétrica na rede de saúde municipal de Itabuna. Fatores como a cor da pele da gestante, condição financeira, nível de instrução educacional, bem como o tipo de entrada à rede de saúde, seja ela pública ou privada, são

condições que vulnerabilizam e tornam a mulher, em período gestacional e puerpério, propensa a sofrer injúrias médicas ginecológico-obstétricas.

Além disso, entender a violência obstétrica implica visualizar sua correlação e intersecção entre raça, gênero e classe social. Em um prisma socioeconômico, percebe-se, a partir do estudo de Pereira (2018), que a classe social é um fator corroborante para a exposição das mulheres ao tipo de violência estudada. No entanto, a determinação da posição social em que as parturientes estão inseridas atualmente decorre de um processo histórico no qual o gênero e a raça foram usados para a organização social. Processos esse que favoreceram a exploração da força produtiva do trabalho feminino e negro, essencial para a industrialização e subsequente acúmulo de bens e aumento da disparidade social.

A literatura aponta que o Plano de Parto (PP) é um documento elaborado e planejado a partir das necessidades particulares de cada mulher com o consentimento e aceitação da mesma e também pode ser acordado com os familiares junto aos profissionais da área de saúde (CARDOSO, 2019, p. 4). Nesse contexto, o plano individual potencializa a mulher como protagonista do seu parto e no respeito às suas escolhas. Devido ao desconhecimento dessa ferramenta muitas mulheres são vítimas de práticas danosas em seu processo de parturição, como ocitocina indiscriminada, exames de toque excessivos, manobra de Kristeller e Vasalva e cesarianas sem indicação. A construção do Plano de Parto durante o pré-natal influencia positivamente o processo de parto e os desfechos maternofetais: um estudo realizado em um hospital de Córdoba, Espanha comparou resultados obstétricos e fetais e evidenciou que recém-nascidos (RN) de mães com alto cumprimento do plano de parto obtiveram pontuações mais altas nos escores de Apgar no primeiro minuto e melhores pontuações no pH do cordão umbilical do que os RN de mães com baixo cumprimento do plano de parto, evidenciando que o Plano de Parto não está associado a nenhum resultado obstétrico ou neonatal negativo. Sendo assim, o PP é um direito da mulher e prática recomendadas pela OMS, apoiadas pelo Ministério da Saúde, mas que, infelizmente, muitas vezes é negligenciado, sobretudo, às mulheres negras e pobres, invisibilizadas no cotidiano da assistência ao parto e nascimento.

Associado a isso, como destaca Amorim e Tárrega (2019), o fim da escravidão no Brasil foi marcado pelo descaso do Estado em reparar os danos históricos a população negra, bem por criação de políticas públicas que dificultasse o acesso dessa população aos meios de produção e à terra, como a Lei da Terra de 1850, defendendo a propriedade privada latifundiária no Brasil. Com isso, a população negra saiu da escravidão institucional e estatal, passando a uma posição de vulnerabilidade, o que favoreceu a continuidade da exploração do trabalho da comunidade afrodescendente. Conseqüentemente, a população negra permaneceu em um espaço desfavorável de ascensão social, favorecendo dificuldades econômicas.

Em decorrência desse contexto racista e machista, mulheres autodeclaradas pardas e pretas são a maioria quando se trata de analfabetismo, baixa renda e necessidade de acesso aos programas de transferência de renda. Fatores esses que dificultam a educação em saúde, bem como favorece aos profissionais de saúde adotarem uma postura autoritária frente a essas pacientes, especialmente em momentos de maior vulnerabilidade, como é o parto. Isso reflete o fato da maioria das vítimas de violência obstétrica serem mulheres negras e pobres PEREIRA (2018).

Pereira (2018) ressalta, ainda, que a busca pela medicalização do parto esteve associada principalmente às mulheres de classes sociais mais favorecidas. Isso porque a intervenção médica e o ambiente hospitalar não eram usuais ao evento do parto até o século XVII. No entanto, o desenvolvimento de alguns instrumentos propagou a ideia de parto asséptico, seguro e sem dor propiciado pela medicina, o que conquistou adesão das mulheres de classes sociais mais favorecidas. Desse modo, a patologização do parto foi ocorrendo ao passo que os médicos conquistavam essa área de atuação, antes reservadas às parteiras. Nesse contexto, é possível traçar um paralelo com o cenário atual brasileiro, no qual a realização de partos nos serviços privados é majoritariamente por cirurgia cesariana, alcançando 85%, segundo Venturi e Godinho (2010), contra 40% nos serviços públicos.

Ainda no tocante à violência obstétrica associada ao racismo, faz-se necessário compreender o contexto histórico que viabilizou a existência dessas práticas. Campbell *apud* Roberts (2021) enfatiza que a escravidão

institucionalizou a perda da autonomia da mulher negra sobre o seu corpo e a capacidade de reproduzir. A funcionalidade do sistema escravocrata era garantida por meio do uso dos corpos dessas mulheres. Havia, na época, leis coloniais que asseguravam o livre uso do ventre negro para fins reprodutivos, com intuito de expandir o número de escravos. De acordo com as ideias de Crenshaw (1989), a violência sofrida pela mulher negra no período colonial trespassava a violência de gênero, acontecendo não apenas pelo fato de ser uma mulher, mas por ser uma mulher negra. Então, segundo a autora, os episódios de estupros que as mulheres negras eram submetidas eram, também, uma forma de subjugação racial.

Avançando um pouco mais na linha cronológica, no período pós-abolicionista, o Brasil se espelhava na Europa branca como modelo de prosperidade, porém, a população desses contextos territoriais não era semelhante. Surgem, então, as ideias eugenistas de embranquecimento da população e, para tal ato, era necessário, cada vez mais, a miscigenação das raças. Segundo Rodrigues (2022), neste período, o estupro e a imigração de uma massa branca foram institucionalizados para garantir do embranquecimento da população. Além disso, o acesso à saúde pela população negra era dificultado, levando muitos a sucumbirem a enfermidades.

A compreensão do racismo atual como uma estrutura social de subjugação e marginalização que carrega em seu âmago um forte apelo histórico nos leva a compreender sobre dados mais atuais que enfatizam as mulheres negras como aquelas que mais sofrem violência obstétrica no país. Segundo Leal (2017), as mulheres pretas e pardas são as que mais sofrem desde o período gestacional até o puerpério. Dados de pesquisa realizada pela autora mostram que entre as mulheres, as pretas são as que mais realizam episiotomia e para estas é fornecida uma menor quantidade de anestésico local na ocorrência do procedimento. O mesmo estudo ainda revela, que o número de mulheres negras e pardas que sofrem com a peregrinação na hora do parto bem como as que são coagidas à realização da cesariana é maior em relação às autodeclaradas brancas. Ainda de acordo com a autora, são as mulheres negras as que mais sofrem violência verbal da equipe obstétrica, conforme apresentado nos resultados de sua pesquisa (LEAL, 2017, P. 5):

A análise comparativa de puérperas pretas vs. brancas gerou uma subamostra de 6.689 mulheres, sendo 1.840 pretas e 4.849 brancas após o pareamento pelo escore de propensão. As puérperas de cor preta possuíram maior risco de terem um pré-natal inadequado (OR = 1,62; IC95%: 1,38-1,91), falta de vinculação à maternidade (OR = 1,23; IC95%: 1,10-1,37), ausência de acompanhante (OR = 1,67; IC95%: 1,42-1,97) e peregrinação para o parto (OR = 1,33; IC95%: 1,15-1,54). As pretas também receberam menos orientação durante o pré-natal sobre o início do trabalho de parto e sobre possíveis complicações na gravidez. Apesar de terem menor chance para uma cesariana e de intervenções dolorosas no parto vaginal, como episiotomia e uso de ocitocina, em comparação às brancas, as mulheres pretas receberam menos anestesia local quando a episiotomia foi realizada (OR = 1,49; IC95%: 1,06-2,08). A chance de nascimento pós-termo, em relação ao nascimento termo completo (39-41 semanas), foi maior nas mulheres pretas que nas brancas. [...]. A comparação entre puérperas pardas e brancas resultou numa subamostra de 13.318 mulheres, das quais 6.659 eram pardas e 6.659 brancas. Os resultados indicaram maior risco de as puérperas pardas terem pré-natal inadequado (OR = 1,24; IC95%: 1,12-1,36) e ausência de acompanhante (OR = 1,41; IC95%: 1,27-1,57). Foi menor o risco para uma cesariana e para realização de episiotomia e uso de ocitocina no parto vaginal. As puérperas pardas também apresentaram maior chance de nascimento pós-termo em relação ao nascimento termo completo (39-41 semanas) em comparação às mulheres brancas. (LEAL, 2017, p. 5).

A autora reitera que entre pretas e pardas, a sub amostra estudada foi de 9.006 mulheres, destas 1.804 pretas e 7.202 pardas. E problemáticas como a inadequação ao pré-natal e a falta de orientações sobre o mesmo bem como sobre o início do trabalho de parto foram mais frequentemente observadas nas puérperas pretas (LEAL, 2017). A pesquisa supracitada denota a discrepância de tratamento atribuído às mulheres pretas em um momento com relevante significância, como é a gestação, demonstrando que corpos pretos femininos

seguem sendo açoitados, mesmo que apenas com palavras ou pela falta delas, e revelando uma intersecção entre violência obstétrica e raça.

Conclusão

A violência obstétrica, desde o período de gestação ao parto e pós-parto, tem relação intrínseca com as circunstâncias socioeconômicas, cor da pele e instrução social, apresentando-se como um problema de saúde pública e necessitando do enfrentamento a partir de ações públicas e privadas, pois infringe os direitos humanos, a cidadania e a garantia de acesso à saúde de qualidade. Devido a tais práticas carregadas de estigmas culturais de desvalorização feminina estarem enraizadas no sistema de saúde – não pelas condições precárias de trabalho, mas pela objetificação do corpo da mulher -, torna-se cada vez mais necessária uma discussão ampliada sobre violência obstétrica, almejando mudanças nas práticas assistenciais vigentes.

A partir disso, o presente estudo possibilitou a visualização ampliada deste tema, expressando a necessidade de promover estratégias de combate às práticas de violência obstétrica que, evidentemente, possuem seu viés elitista e racista, além de questionar os pilares sociais que perpetuam o modelo de atenção predominante, focado no profissional médico.

Outrossim, faz-se imprescindível superar a hierarquização dos espaços de saúde, tornando-os locais de acolhimento, proteção e respeito, em que priorize o protagonismo da mulher durante todo o processo de gestação e concepção. Também é preciso findar a perspectiva patológica da gravidez e do parto, promovendo o debate sobre o parto desde o ensino escolar, universidades e instituições de educação em saúde aos meios de comunicação, evidenciando os danos causados pelo excesso de práticas intervencionistas durante o momento do parto (seja pela inserção de instrumentos ou da medicalização desnecessária), impedindo-o de ser um processo natural e o tornando um processo regrado.

Além disso, faz-se necessário que os atendimentos sejam mais regularizados, claros e organizados, de forma que propiciem um ambiente mais seguro e eliminem/minimizem os danos físicos, valorizando os aspectos psicossociais desse período. Nesse aspecto, adotar o uso do Plano de Parto é

uma ferramenta extremamente eficaz na diminuição dessa mazela, em que a mulher elabora um documento constando os desejos e cuidados que ela quer receber durante o parto e a “*golden hour*”, relatando os cuidados tanto para si quanto para o filho. Dessa forma, é fundamental que esse tema seja abordado de forma ampla, considerando suas esferas existenciais, simbólicas, sob o âmbito histórico-social que abranja gênero, o campo da sexualidade e dos direitos das mulheres, além da esfera biomédica.

Referências

AMORIM, Liliâne Pereira; TÁRREGA, Maria Cristina Vidotte Blanco. O acesso à terra: a Lei de Terras “1850” como obstáculo ao direito territorial quilombola. **Emblemas**, v. 16, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/emblemas/article/view/56113>>. Acesso em 07 ago. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARNHILL, J.W. **Visão geral dos transtornos de ansiedade**. Manual MSD. 2018. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/ansiedade-e-transtornos-relacionados-a-estressores/vis%C3%A3o-geral-dos-transtornos-de-ansiedade>>. Acesso em 07 ago. 2020.

BRANDT, Gabriela Pinheiro et al. **Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto**. 2018. Disponível em: <<https://herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>>. Acesso em 17 set. 2022

CABRAL, Stella Mari de Souza Colhado; PEREZ, Deborah Karolina. Violência obstétrica: produção científica de psicólogos sobre o tema. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 9, n. 2, p. 270-283, 2020. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2872/1660>>. Acesso em 07 ago. 2020.

CAMPBELL, Colleen. Medical violence, obstetric racism, and the limits of informed consent for Black women. **J. Race & L**, v. 47, 2021. Disponível em: <<https://repository.law.umich.edu/mjrl/vol26/iss0/4>>. Acesso em 24 set. 2022.

CARDOSO, G.V.D.S et al. Plano de parto e nascimento: benefícios ao binômio mãe-bebê. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSC**.

Maceió, Alagoas, Brasil. Jan 2019. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190206_202208.pdf>. Acesso em 07 ago. 2020

CARVALHO, Mariane Teixeira; BENINCASA, Miria. Depressão pós-parto e afetos predominantes na gestação, parto e pós-parto. **Interação em Psicologia**, v. 23, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/57188>>. Acesso em 07 ago. 2020.

CONTE, Aline Shirazi. **Dimensão socioambiental e protagonismo da parturiente**. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/100/100134/tde-30042019-134614/publico/dimensaosocioambiental.pdf>>. Acesso em 13 de mar. 2019.

CRENSHAW, Kimberlé. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. In: **Feminist legal theories**. Routledge, 2013. p. 23-51. Disponível em: <<http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>>. Acesso em 13 mar. 2019.

CUNHA, Barbara Madruga. Violência contra a mulher, direito e patriarcado: perspectivas de combate à violência de gênero. **XVI Jornada de Iniciação Científica de Direito da UFPR (1-2 de outubro de 2014)(em línea)[Fecha de consulta: 17.03. 2017]** <http://www.direito.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2014/12/Artigo-B%20C3%A1rbara-Cunha-classificado-em-7%20BA-lugar.pdf>, 2014. Acesso em 13 de mar. 2020.

CURI, Paula Land; BAPTISTA, Júlia Gonçalves Barreto. A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 8, n. 1, p. 123-136, 2018. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2092/1537>>. Acesso em 25 jul. 2020.

DINIZ, Simone Grilo et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-382, 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>. Acesso em 05 ago. 2020.

ESTUMANO, Vanessa Kelly Cardoso et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: CASOS CADA VEZ MAIS FREQUENTES: OBSTETRIC VIOLENCE IN BRAZIL: INCREASINGLY FREQUENT CASES. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 7, n. 19, p. 83-91, 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1592>>. Acesso em 5 ago. 2020.

VENTURI JUNIOR, Gustavo; GODINHO, Tatau. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado uma década de mudanças na opinião pública. 2013. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em 25 fev. 2020.

GIL, Suelen Tavares. Breve análise sobre a violência obstétrica no Brasil. **Colóquio Nacional Representações de Gênero e suas Implicações**, 2000. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=viol%C3%Aancia+obst%C3%A9trica+no+brasil+oq=viol%C3%Aancia+ob#d=gs_qabs&u=%23p%3D3NFs4IL1p98J>. Acesso em 06 ago. 2020.

GOMES, A.S. et al. **Renascimento do parto: reflexões sobre a medicalização da atenção obstétrica no Brasil**. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000502594&script=sci_arttext&tlng=pt#aff3>. Acesso em 02 mar. 2020.

HIDALGO-LOPEZOSA, Pedro; RODRÍGUEZ-BORREGO, Maria Aurora; MUÑOZ-VILLANUEVA, Maria Carmen. Are birth plans associated with improved maternal or neonatal outcomes?. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, v. 38, n. 3, p. 150-156, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23625102/>>. Acesso em 02 mar. 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33suppl1/e00078816/>>. Acesso em 25 fev. 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S17-S32, 2014. DOI: [http:// dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513](http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513). Acesso em 05 ago. 2020.

LIMA, Kelly Diogo de; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza Maciel. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4909-4918, 2021. Disponível em: <<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/disparidades-raciais-uma-analise-da-violencia-obstetrica-em-mulheres-negras/17356?id=17356>>. Acesso em 24 set. 2022.

HOPIA, Hanna; LATVALA, Eila; LIIMATAINEN, Leena. Reviewing the methodology of an integrative review. **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 30, n. 4, p. 662-669, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27074869/>>. Acesso em 24 set. 2022.

MAIA, J. S. et al. A mulher diante da violência obstétrica: consequências psicossociais. **Rev Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 11, p. 07-11, 2018.

MOURA, Taciana Brito de et al. Ações de enfermagem para o manejo adequado e humanizado da gestante adolescente primária na admissão e pré-parto do centro obstétrico. 2012.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 651-657, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300021&script=sci_arttext>. Acesso em 24 jul. 2020.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira V. de; MIQUILINI, Elaine Cristina. Freqüência e critérios para indicar a episiotomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, p. 288-295, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000300006&script=sci_arttext>. Acesso em 23 jul. 2020.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 939-948, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>>. Acesso em 17 set. 2022.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 1039-1061, 2018.

PEREIRA, Gabriela Feitosa. Violência obstétrica: uma perspectiva de raça e classe social. 2018. Disponível em: <<https://bdm.unb.br/handle/10483/25572>>. Acesso em 17 set. 2022.

PORTO, Celmo Celso. **Semiologia médica** | Celmo Celso Porto; co-editor Arnaldo Lemos Porto. - 7. ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Acesso em 22 de set. de 2022.

RODRIGUES, Luciana. Negra de pele clara: embranquecimento e afirmação da negritude no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, v. 30, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/nRQkM4Vs7WSVX4TF6tdxhBt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 24 set. 2022.

SANTOS, Fernanda Soares de Resende et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/?lang=pt#:~:text=Por%20meio%20da%20constru%C3%A7%C3%A3o%20do,seus%20direitos%20sexuais%2Freprodutivos%20e>>. Acesso em 24 set. 2022.

SANTOS, Vanessa Cedraz et al. Violência Obstétrica na Perspectiva de Raça/Cor: Uma Revisão Integrativa. **Rev Paul Enferm [Internet]**, p. 31, 2020. Disponível em: <<https://repen.com.br/revista/revista-paulista-de-enfermagem-repen>>. Acesso em 03 nov. 2022.

SARTIN, Jeffrey S. **J. Marion Sims, o pai da ginecologia: herói ou vilão?** Southern Medical Journal , vol. 97, n. 5, maio de 2004, p. 500+. Disponível em: <<https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA117989873&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=00384348&p=AONE&sw=w>>. Acesso em 23 jul. 2020.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas**, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>>. Acesso em 28 fev. 2020.