



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

DEBORAH BRENA OLIVEIRA VASCONCELOS

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL COMO REFLEXO DAS
DESIGUALDADES DE GÊNERO E RAÇA: UMA ANÁLISE DOS DIREITOS DA
PARTURIENTE**

FORTALEZA

2024

DEBORAH BRENA OLIVEIRA VASCONCELOS

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL COMO REFLEXO DAS DESIGUALDADES
DE GÊNERO E RAÇA: UMA ANÁLISE DOS DIREITOS DA PARTURIENTE

Monografia apresentada ao curso de Direito da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Direito.

Orientador: Prof. Dr. Emmanuel Teófilo
Furtado Filho

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

V45v Vasconcelos, Deborah.
A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL COMO REFLEXO DAS DESIGUALDADES DE GÊNERO E RAÇA : UMA ANÁLISE DOS DIREITOS DA PARTURIENTE / Deborah Vasconcelos. – 2024.
49 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito, Curso de Direito, Fortaleza, 2024.
Orientação: Prof. Dr. Emmanuel Teófilo Furtado Filho.

1. violência obstétrica. 2. gênero. 3. políticas públicas. 4. saúde materna. 5. raça. I. Título.
CDD 340

DEBORAH BRENA OLIVEIRA VASCONCELOS

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL COMO REFLEXO DAS DESIGUALDADES
DE GÊNERO E RAÇA: UMA ANÁLISE DOS DIREITOS DA PARTURIENTE

Monografia apresentada ao curso de Direito da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Direito.

Aprovada em: xx/xx/xxxx.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Emmanuel Teófilo Furtado Filho (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Marcia Correia Chagas
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Nélida Astezia Castro Cervantes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À minha mãe que, mesmo tendo sido vítima de violência obstétrica na primeira vez que pariu, escolheu parir uma segunda vez e, com isso, me teve, me criou e deu todo amor e amparo a mim e a minha irmã.

AGRADECIMENTOS

Escrevo estas linhas tomada por um cansaço que advém não somente da intensidade vivida durante a produção desta monografia, mas também de cinco anos de graduação feitos longe de casa, longe de Sobral, longe do que eu considero lar. Ainda assim, algumas pessoas, mesmo longe, se fizeram presentes nesse período, enquanto outras pessoas, aqui mais de perto, me fizeram considerar a capital alencarina casa.

Agradeço a toda minha família, nominalmente à minha mãe, Ana Cristina, que me ensinou que a determinação é a chave para não desistir. Ao meu pai, Edmilson Neves, por todos os cafés da manhã feitos para mim antes de eu ir à escola, o que é um forte exemplo do amor e cuidado que sempre teve por mim. À minha irmã, Glenda Vasconcelos, que dividiu o quarto e a vida comigo, sempre buscando me proteger de quaisquer males que ousassem me atingir. Ao meu cunhado, Kevin Mariz, por sempre me acolher bem em terras pessoenses e servir de inspiração para mim.

À minha vó materna, Maria José, por ter o abraço e o cheiro capazes de me resetar e me dar forças. À minha vó paterna, Rita Neves, por me ensinar que nessa vida cada coisa acontece no seu tempo e que é preciso ter calma. Ao meu avô (in memorian), Francisco Lino por, de bom grado, sempre ter deixado eu pegar as moedas que ficavam espalhados pelo sofá da sua sala. À minha tia (in memorian), Terezinha Neves, por já saber que eu conseguiria me formar antes mesmo de mim.

Às minhas primas, Beatriz e Letícia, pela parceria e escuta durante toda a vida. A todos os meus amigos, nominalmente à Larissa, à Maria Fernanda, ao Rikelme e ao Mateus, que me fizeram acreditar que amizades do ensino médio podem durar. Ao Carlos e a Nathália, amigos da minha mesma cor que me ensinaram que é possível.

À Beatriz Moraes e sua família, que com seu acolhimento e cuidado, fizeram eu encontrar família não só em Sobral, mas também na Barra do Ceará. À Júlia, que escutou meus lamentos nas madrugadas de escrita deste trabalho. Ao Felipe, ao Caio e ao Isaías, amigos que ganhei na Fadir. À Lara, Amanda e Myrella, pelos treinos de crossfit juntas e as conversas que acompanhavam ele.

Aos estágios que passei e às pessoas deles, que formaram a profissional que sou. Ao Curso de Princípios Básicos de Teatro e quem o compõe, que me deram afago e sentido. Aos porteiros da Fadir-UFC, que muitas vezes abriram a cancela para eu passar com minha bicicleta e pegar menos sol. E, claro, por fim, à minha fiel companheira de todos os trajetos, à minha bicicleta, que propiciou que eu explorasse caminhos.

“Aqueles homens ali dizem que as mulheres precisam de ajuda para subir em carruagens, e devem ser carregadas para atravessar valas, e que merecem o melhor lugar onde quer que estejam. Ninguém jamais me ajudou a subir em carruagens, ou a saltar sobre poças de lama, e nunca me ofereceram melhor lugar algum! E não sou uma mulher? Olhem para mim? Olhem para meus braços! (...) Eu pari treze filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher?” (Sojourner Truth, 1851, Women’s Rights Convention)

RESUMO

Este estudo visa identificar as principais formas de violência obstétrica no Brasil e suas intersecções com as questões de gênero, raça e classe social. Para isso, foi realizada uma análise documental de legislações nacionais, políticas públicas e literatura especializada. Os resultados indicam que mulheres negras, pobres e de baixa escolaridade são as mais afetadas pela violência obstétrica, destacando a importância de um tratamento mais equitativo no sistema de saúde. Conclui-se que, apesar dos avanços em políticas públicas como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, ainda existem lacunas que precisam ser preenchidas para garantir um atendimento mais respeitoso e humanizado.

Palavras-chave: violência obstétrica; gênero; políticas públicas; saúde materna; raça; Brasil.

ABSTRACT

This study aims to identify the main forms of obstetric violence in Brazil and their intersections with issues of gender, race, and social class. To achieve this, a documentary analysis of national legislation, public policies, and specialized literature was conducted. The results indicate that Black, poor, and low-educated women are the most affected by obstetric violence, highlighting the importance of more equitable treatment within the healthcare system. It is concluded that, despite advances in public policies such as the Humanization Program for Prenatal Care and Birth and the National Comprehensive Health Policy for the Black Population, gaps still need to be filled to ensure more respectful and humane care.

Keywords: obstetric violence; gender; public policies; maternal health; race; Brazil.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO EXPRESSÃO DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO | 13 |
| 2.1 Conceito de Violência de Gênero | 14 |
| 2.2 Definição e Caracterização da Violência Obstétrica | 14 |
| 2.3 Principais tipos de Violência Obstétrica..... | 17 |
| 2.3.1 Cesáres Eletivas | 17 |
| 2.3.2 Episiotomia..... | 20 |
| 2.3.3 Manobra de Kristeller..... | 21 |
| 2.3.4 Administração de Ocitocina | 22 |
| 2.3.5 Restrição ao Acompanhante | 22 |
| 2.3.6 Tratamento Desumanizado | 23 |
| 3 QUEM SOFRE MAIS VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA? | 23 |
| 3.1 Qual a cor?..... | 24 |
| 3.2 Quem é mais pobre? | 27 |
| 3.3 Quem tem menos acesso à educação? | 29 |
| 3.3 Quem é discriminado? | 30 |
| 4 A PARTURIENTE COMO SUJEITO DE DIREITOS | 32 |
| 4.1. Políticas Públicas Relacionadas à Humanização do Parto | 34 |
| 4.1.1 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)..... | 35 |
| 4.1.2. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)..... | 36 |
| 4.1.3. Rede Cegonha (RC)..... | 38 |
| 4.2 Legislação Nacional de Proteção aos Direitos das Parturientes | 40 |
| 4.2.1 Lei do Acompanhante..... | 40 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2.2. Lei de Vinculação à Maternidade..... | 41 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 42 |
| REFERÊNCIAS | 44 |

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é um fenômeno complexo que envolve práticas desrespeitosas e abusivas no atendimento às mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto. Essas práticas podem se manifestar de diversas formas, como intervenções médicas sem consentimento, negligência, tratamento desumanizado e até abusos físicos e verbais. Em muitas situações, essas condutas são naturalizadas no ambiente hospitalar e na sociedade, invisibilizando o sofrimento das vítimas. No entanto, trata-se de uma violação grave dos direitos da mulher com implicações profundas para a saúde física e mental destas e dos seus filhos.

Esta pesquisa adotou uma abordagem qualitativa através de uma análise exploratória e descritiva, em que foi feita uma análise de dados a partir de uma revisão literária, que incluiu livros, artigos acadêmicos, teses e dissertações, além de relatórios de organizações de direitos humanos e documentos governamentais. Essa revisão teve como foco a identificação de conceitos, dados e análises sobre a violência obstétrica e suas intersecções. Ainda, realizou-se uma análise das legislações e políticas públicas nacionais voltadas à proteção dos direitos reprodutivos e obstétricos das mulheres, buscando identificar a aplicação e efetividade dessas normas.

Este trabalho tem como foco central a violência obstétrica, enquadrando-a como violência de gênero e a abordando a partir de uma análise crítica sobre o público mais atingido por essa violência, em que dados demonstram que mulheres negras, de baixa escolaridade e pertencentes a classes sociais mais desfavorecidas são desproporcionalmente afetadas por esta. Com isso, investiga-se as condições sociais, econômicas e raciais que contribuem para a perpetuação dessa violência.

Outro aspecto importante da pesquisa é a análise das legislações nacionais e políticas públicas voltadas para a proteção dessas mulheres, como a Lei do Acompanhante e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, evidenciando que na prática essas abordagens ainda possuem deficiências, o que reforça a necessidade de uma reflexão crítica sobre a efetividade da legislação e políticas públicas e o papel do Estado na proteção dessas mulheres.

Dessa forma, este estudo busca dar ênfase para a violência obstétrica, que muitas vezes não é reconhecida como violência e ainda é normalizada no contexto de parto, pois ao compreender as particularidades desta e os contextos sociais que a cercam, espera-se contribuir para o desenvolvimento de estratégias que possam transformar o atendimento obstétrico no Brasil, tornando-o mais equitativo e respeitoso.

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO EXPRESSÃO DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Em 1813, Romana de Oliveira, mulher negra ex-escravizada, foi denunciada pelo cirurgião José de Oliveira para a Fisicaturamor, órgão instituído com a chegada da Corte portuguesa no Rio de Janeiro com o objetivo de regular os praticantes das atividades relacionadas à saúde, por partejar e curar sem autorização (Pimenta; Telles, 2024). No entanto, em seu depoimento ela defendeu que realizava alguns partos de familiares e amigas e que não recebia dinheiro para fazê-los, ainda destacou que os partos “de sua natureza requerem assistência da mulher, e não de homem e para que o mesmo cirurgião só deve ser chamado, depois de se presumir perigo”, ademais teceu críticas ao denunciante, que segundo ela estava “guiado pelo seu próprio interesse, e uma temerária presunção, querendo que o chamem para todas as moléstias e ainda as mais insignificantes, querendo atribuir esta falta às parteiras e curandeiras, e não ao pouco ou nenhum conceito, que tem merecido no exercício de sua arte”. Assim, Romana de Oliveira foi absolvida das acusações (Almeida, 2021).

A partir deste relato nota-se que o parto e os cuidados obstétricos, assim denominados hoje, eram realizados por mulheres e para mulheres em um procedimento marcado por afeto, cultura, sabedoria popular e que, inclusive, o médico era chamado apenas em casos de perigo. Ainda, percebe-se que o cirurgião José de Oliveira tinha pouca credibilidade na comunidade, ou, conforme Romana descreve ele tinha “pouco ou nenhum conceito”, assim depreende-se que nessa época a medicina ainda não havia convencido as pessoas que o nascer deveria ser tratado pelo médico, pois nesse período as parteiras possuíam o prestígio e a confiança da sua comunidade para o fazer parir (Pasche; Vilela; Martins, 2010).

A obstetrícia, ramo da medicina que se ocupa da gravidez, do parto e da evolução da saúde feminina no período imediatamente subsequente a ele (Oxford, 1993 *apud* Nicida, 2018), era uma especialidade nova, que nasceu nas faculdades de medicina europeias na primeira metade do século XIX, então esse ramo da medicina ainda lutava para ser reconhecido pelo meio médico e, principalmente, pela população em geral. Com o passar dos anos, algumas mulheres começaram a chamar o médico-parteiro para atendê-las em casa, no entanto apenas famílias de classes abastadas tinham esse costume (Martins, 2004).

Nas últimas décadas do século XIX a campanha pela medicalização do parto se intensifica e somente se efetiva na segunda metade do século XX com a ocorrência do parto no ambiente hospitalar (Pasche; Vilela; Martins, 2010; Martins, 2004). Desta forma, a transformação do parto em responsabilidade médica foi precedida por um discurso científico, em que os médicos formados por uma universidade que detinham o conhecimento para realizar

aquele procedimento. Ainda, isso resultou numa invalidação do conhecimento ancestral da comunidade de mulheres parteiras, conhecimento este predominantemente oral e passado de geração em geração.

A campanha pela medicalização do parto é permeada por um modelo tecnocrático que desencadeia na saída da mulher como figura protagonista do parto para a mulher colocada apenas como paciente de um especialista que detém todo o conhecimento. Então, a trajetória da medicina obstétrica já se inicia com a tentativa de retirar o parto e seus procedimentos do seio feminino e centralizá-los na figura masculina e do saber científico (Pasche; Vilela; Martins, 2010; Faneite; Feo; Merlo, 2012), sendo esta já uma forma de violência de gênero manifestada pela invalidação do saber feminino.

2.1 Conceito de Violência de Gênero

A violência é definida pela invasão da integridade física ou psicológica do outro, invasão da autonomia deste e até da própria vida de outrem, segundo Gomes A.M (2014), no senso comum, entende-se a violência pelo uso de palavras ou ações que constroem e machucam as pessoas, causam danos, e também o uso abusivo do poder, que resulta em ferimentos, sofrimentos, torturas e mortes.

Nesse contexto, a violência de gênero é a violência acima definida quando motivada pelo gênero da vítima, o que não se limita apenas ao “ser mulher”, mas abrange quaisquer tipos de gênero. Dessa forma, a Convenção de Belém do Pará busca defini-la em seu art. 1º:

Art. 1º Para os efeitos desta Convenção deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado (Brasil, 1996).

Dessa forma, a violência de gênero é resultado, principalmente, da construção histórica do papel de homem e mulher, em que o homem é detentor do poder, e supostamente mais forte e inteligente, enquanto a mulher é colocada numa posição de subserviência, passividade e conformismo (Morera J. *et al.*, 2014). Nesta toada, essa violência consegue se manifestar de diversas formas e em diversos momentos, dentre estas existe a violência obstétrica, que é um tipo de violência cometida por profissionais da saúde detentores do “saber científico” contra parturientes em processo de parto, esta violência resulta em perda de autonomia e de poder de decisão das vítimas sobre seus próprios corpos (Zanardo; Uribe; Nadal; Habigzang, 2016).

2.2 Definição e Caracterização da Violência Obstétrica

Na segunda metade do século XX, o parto é levado para o ambiente hospitalar e este procedimento é medicalizado, apesar da hospitalização ter sido responsável pela diminuição de mortalidade materna e neonatal, ela também se tornou conveniente e lucrativa para os profissionais da saúde. Ainda, essa hospitalização gerou a patologização de um processo natural, resultando na utilização de intervenções cirúrgicas de forma rotineira, mesmo quando não há indícios científicos suficientes que apontem a necessidade de uso dessas (Pasche; Vilela; Martins, 2010).

No período citado, ocorre no cenário do parto a saída das parteiras e a entrada dos médicos detentores do “conhecimento técnico”, o que marca o início de uma relação assimétrica entre médico e paciente, em que a pessoa parturiente não é mais a protagonista deste procedimento e a voz da pessoa que pare dá vez a voz científica (Pasche; Vilela; Martins, 2010). Desta forma, aquela que está com dor para parir muitas vezes não tem sua vontade respeitada e sua voz ouvida.

Com isso, a violência obstétrica tem como base essa relação assimétrica citada, que se mostra sob diferentes formas durante o pré-natal, parto e pós-parto, como por meio de abuso físico; imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; não confidencialidade; não privacidade; cuidado indigno; abuso verbal; discriminação; negligência e recusa de assistência (Tesser *et al.*, 2015).

Ainda, a violência obstétrica também pode ser definida como uma forma de violência manifestada durante o processo de gravidez e/ou parto cometida por profissionais da saúde, que afeta a integridade física ou psicológica da parturiente, marcando negativamente um momento importante da vítima (Suaia; Serra, 2016).

Ademais, este é um tipo de violência de difícil constatação, pois a parturiente se submete ao conhecimento técnico do profissional acreditando que o procedimento feito ou recomendado é o melhor para sua saúde e do seu bebê, conforme o profissional a convence. No entanto, diversas atitudes cometidas de forma rotineira na verdade são manifestações de violência obstétrica, sendo importante que as possíveis vítimas tenham conhecimento acerca de práticas inaceitáveis e saibam que certos abusos que sofreram ao parir podem ter sido atos de violência.

Além disso, na tentativa de informar sobre a existência da violência obstétrica com o fito de combatê-la, a Venezuela a definiu na “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”:

Se entiende por violencia obstétrica “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de

las mujeres (Venezuela, 2007).

Desta forma, a Venezuela se posiciona como precursora no combate a esta violência a partir de um posicionamento legislativo, que é de grande valia para a conscientização das pessoas, com o fim de que se reconheçam como vítimas ao se encontrarem diante de um ato de violência obstétrica.

Nessa toada, pode-se dizer que a violência obstétrica é cometida por parte de profissionais da saúde tanto em instituições públicas como privadas. Sendo assim, ainda conforme a lei venezuelana, quando essa violência é cometida no serviço público ela é um tipo de violência institucional.

Artículo 54.- Quien en el ejercicio de la función pública, independientemente de su rango, retarde, obstaculice, deniegue la debida atención o impida que la mujer acceda al derecho a la oportuna respuesta en la institución a la cual ésta acude, a los fines de gestionar algún trámite relacionado con los derechos que garantiza la presente Ley, será sancionado con multa de cincuenta (50 U.T.) a ciento cincuenta unidades tributarias (150 U.T.) (Venezuela, 2007).

No Brasil, a violência institucional também pode ser definida como uma forma de manifestação do poder abusivo do Estado por meio de seus agentes públicos, tendo em vista a responsabilidade objetiva do Estado, e pode ser identificada de várias formas, como a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e de tempo para o paciente; frieza; rispidez; falta de atenção; negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários; violação dos direitos reprodutivos; desqualificação do saber prático adquirido na vida do paciente diante do saber científico e discriminação em virtude de gênero, raça, orientação sexual, condições socioeconômicas e grau de escolaridade (Gomes, 2014).

Segundo a PNS (Pesquisa Nacional da Saúde) publicada pelo IBGE (2013), 10,6% das pessoas de 18 anos ou mais no Brasil declararam que já se sentiram discriminadas ou tratadas de maneira pior que as outras pessoas no serviço de saúde por médico ou outro profissional de saúde, dessas destacam-se as mulheres, as pessoas de cor preta e pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto. A partir disso, conclui-se que há um público que é mais atingido pela discriminação nos serviços públicos, que é uma das formas de manifestação da violência institucional.

Assim, nota-se que a violência obstétrica é um tipo de violência institucional, e que, ainda, essa primeira se subdivide em diversos tipos e formas de manifestação, que são de suma importância para entender como esta prática agressiva no contexto de parto se dá.

2.3 Principais tipos de Violência Obstétrica

A violência obstétrica possui dentre os tipos de manifestação: a ocorrência de procedimentos sem justificativa clínica; intervenções “didáticas” para que o médico responsável demonstre o procedimento para alunos, em que ocorrem toques vaginais dolorosos e repetitivos, episiotomias e cesáreas desnecessárias, procedimentos sem anestesia sob a justificativa de que “a paciente já está sentindo dor mesmo” e imobilização física em posições dolorosas (Rede Parto do Princípio, 2012).

Também há casos de mulheres que não possuem seu desejo respeitado, inclusive, em certas situações elas têm sua liberdade de escolha cerceada quando são coagidas a optarem pelo parto cesáreo, que não deveria sequer ser uma mera opção, pois esse deveria ocorrer apenas quando o parto normal apresentasse risco para a parturiente ou para o nascituro (IBGE, 2019). No entanto, o que ocorre é a indução à cesárea por motivos médicos duvidosos, como superestimação dos riscos para o bebê ou para a mãe e a falta de informação para a parturiente acerca dos danos potenciais do parto cesáreo, o que limita a liberdade de escolha da pessoa que irá parir (Rede Parto do Princípio, 2012).

Além disso, também é uma forma de violência a falta de privacidade no momento do parto, pois algumas maternidades possuem enfermarias de trabalho de parto coletivo, o que não proporciona para a parturiente a privacidade necessária para este momento de sua vida. Ainda, algumas parturientes sofrem violência verbal no seu processo de parto e escutam frases como “quando você fez você achou bom, agora aguenta”, que ridiculariza a dor sentida pela mulher e invalida os seus pedidos de ajuda e as reclamações de dor tratando-a apenas como um grande útero (Tesser *et al.*, 2015).

Com isso, nota-se que a violência obstétrica pode tornar traumático o processo de parto, que é um momento único e importante para a pessoa que gesta. Dessa forma, algumas manifestações dessa violência merecem destaque devido à normalização dessas condutas na rotina médica obstétrica, e algumas destas condutas violentas serão melhor explicadas durante este trabalho.

2.3.1 Cesáres Eletivas

"A minha filha veio ao mundo por uma cesárea com hora marcada, com 38 semanas, o que lhe rendeu um desconforto respiratório, 7 dias de UTI e uma infinidade de frustrações." Caroline Gurgel, atendida

*através de plano de saúde no Hospital São Luiz em São Paulo-SP
(Dossiê Parirás).*

O parto cesáreo, por ser uma cirurgia de grande porte, oferece quatro a cinco vezes mais risco de mortalidade materna do que o parto normal, além de aumentar o risco de morbidade perinatal, podendo gerar internação na unidade de terapia intensiva neonatal e síndrome da angústia respiratória do recém-nascido (Nomura; Alves; Zugaib, 2004). Ainda assim, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019), entre os nascimentos ocorridos no Brasil entre 29 de julho de 2017 e 27 de julho de 2019, mais da metade (55%) correspondeu a parto cesáreo, o que vai contra a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que defende que quando a taxa de cesáreas é inferior a 10% da totalidade dos partos, a mortalidade materna e neonatal diminui conforme a taxa de cesárea aumenta, funcionando de forma inversamente proporcional, no entanto, quando a taxa de cesárea é maior que 10% do total de partos, essas cesáreas não estão mais associadas com redução de mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015). Assim, o alto índice de cesáreas gera apenas um aumento de riscos para a parturiente e para o nascituro, não obtendo vantagens cientificamente comprovadas.

Ademais, muitos médicos associam a ocorrência de cesarianas unicamente à opção das mulheres, mas a falta de esclarecimento dos riscos dessa cirurgia e a coerção sofrida pela parturiente por parte dos profissionais da saúde também são determinantes para esse tipo de parto ser maioria no Brasil (Sanfelice *et al.*, 2014).

Nesse sentido, o Código de Ética da Medicina aduz: “É vedado ao médico: Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte” (Conselho Federal de Medicina, 1990).

No entanto, profissionais da saúde influenciam mulheres a terem partos cesáreos quando se negam a realizar parto normal, o que leva a paciente que já possui a confiança no profissional em questão decidir pelo tipo de parto que ele pode acompanhar. Nesse contexto, profissionais decidem por não realizar parto normal pela conveniência do parto cesáreo que, por ser com horário marcado, o dia que ele será realizado pode ser controlado, o que leva a não ocorrência de partos em dias inoportunos para o profissional, como finais de semana e feriados. Ainda, a cesariana é mais conveniente para os profissionais por ser mais lucrativa, pois devido a baixa remuneração dos médicos para assistência ao parto, um parto mais rápido e menos trabalhoso gera maior retorno financeiro (Suaia; Serra, 2016).

Além disso, conforme exposto no dossiê Violência Obstétrica: Parirás com dor (Rede

Parto do Princípio, 2012). são realizadas cesarianas unicamente para “limpar a área”, expressão utilizada quando o plantão de um médico irá acabar e, por um costume na comunidade médica, ele precisa esvaziar o plantão e resolver as “pendências” para o próximo médico que irá assumir o trabalho, então o médico que até então está no hospital acelera o parto das mulheres que ainda estão em trabalho de parto através de intervenções desnecessárias ou com a realização de cesáreas também desnecessárias, conforme relato:

Maria Luíza teve seu primeiro filho por cesárea no convênio e agora está fazendo o pré-natal do segundo. Na consulta, o médico pergunta se ela sabe porque foi feita a cesárea e ela responde:

- Não me explicaram direito. Acho que foi um caso de sujeira na área.
- Como assim, sujeira na área?
- Sei lá... Só me lembro que o médico falou pro outro: vamos logo fazer a cesárea para limpar a área.
- Mas não teve alguma coisa, assim como, a bacia era estreita, o neném estava em sofrimento? Não falaram uma coisa assim? O que falaram pra senhora?
- Ah, ele disse assim, “Vamos lá?”. Aí eu fui.
- E a senhora não falou nada, não achou nada estranho?
- Eu ia falar o quê? Ele mandou eu ir eu fui. O senhor acha que uma mulher na hora do parto, com aquela bata que aparece tudo, cega e sem óculos como eu estava, ia fazer o quê? Eu só via aqueles vultos verdes, eles mandando e eu indo. (Oliveira et. al, 2003, p. 7).

Nota-se que, unicamente pela dinâmica dos plantões, uma mulher foi submetida a um procedimento diferente do que desejou durante seus nove meses de gestação.

Além disso, quando a gestante manifesta a vontade do parto normal, há profissionais que alertam sobre a falta de vagas no hospital, pois as vagas na maternidade estão sendo ocupadas por partos cesáreos, então usam frases como “melhor agendar logo pra não correr o risco de não ter vaga no hospital” ou “se você não quiser, você pode ir lá ter seu filho no plantão do SUS pra você ver o que é bom”, o que gera medo na pessoa grávida de não ter a devida assistência durante seu parto e faz com que ela se submeta a um parto cesáreo, que a expõe a maiores riscos e que, porventura, não era sua vontade inicial (Rede Parto do Princípio, 2012).

Ainda, profissionais de saúde amedrontam mulheres com o fito de fazê-las realizar o procedimento mais conveniente para eles próprios, conforme este relato: “Meu médico disse que eu poderia sofrer mais no parto normal. Como eu tinha medo de ficar sentindo dor, ele conseguiu me convencer a fazer a cesárea.” Patrícia Reis França, em entrevista para a Folha de São Paulo do dia 20 de novembro de 2011 (Rede Parto do Princípio, 2012).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019), cerca de 14,5% das mulheres escolheram o parto cesáreo por conveniência ou para não sentir a dor do parto. Nota-se que o parto cesáreo é visto como uma opção e não uma exceção pois, quando o próprio profissional

detentor do “conhecimento técnico e científico” trata o parto cesáreo como uma mera opção, inclusive a melhor, é natural que a parturiente seja induzida a tal decisão, principalmente diante da omissão por parte do profissional quanto aos riscos que esse procedimento oferece, embora o código de ética médica exija o contrário:

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal (Conselho Federal de Medicina, 1990).

Dessa forma, muitas pessoas escolhem a cesárea por falta de informação e por indução por parte de profissionais que elas confiam.

Com tudo isso, o alto índice de realização de parto cesáreo no Brasil também é fruto da disseminação da ideia de que é “mais limpo”, “mais técnico”, “mais científico”, o que decorre da medicalização de processos fisiológicos que, na maioria das vezes, é desnecessária, pois o próprio corpo da parturiente é capaz de parir outro corpo sem intercorrências, salvo exceções. Assim, reforça-se a ideia de um parto normal ruim e dolorido, o que pode ocorrer também por cometimento de violência obstétrica na realização do parto normal, tornando-se um ciclo lucrativo, em que a parturiente e o nascituro não são beneficiados, pois são submetidos a um procedimento de maior risco para a saúde deles próprios.

2.3.2 Episiotomia

“Minha cicatriz ficou maior ainda na minha alma. Me senti violentada, me senti punida, me senti menos feminina, como se por ser mãe, precisasse ser marcada nessa vida de gado. [...] Chorei muito, sentia dor, vergonha da minha perereca com cicatriz, vergonha de estar ligando para isso, sentia medo, medo de não conseguir mais transar. Tenho pavor de cortes, tinha medo de que o corte abrisse quando fosse transar. Demorei uns cinco meses para voltar a transar mais ou menos relaxada, sentia dores, chorava quando começava, parava. Me sentia roubada, me tinham roubado minha sexualidade, minha autoestima, me sentia castrada. ” (Rede Parto do Princípio, 2012).

A episiotomia é uma incisão no períneo muito utilizada no parto normal e serve para aumentar o canal vaginal (Souza; Previatti, 2007).. Conforme a Pesquisa Nacional da Saúde

(IBGE, 2006), esse procedimento é feito em cerca de 71,6% dos partos normais, no entanto, de acordo com evidências científicas, ele tem indicação de ser usado apenas em cerca de 10% a 15% dos casos, ou seja, na maioria dos casos esse procedimento é usado sem necessidade. Ainda, vale ressaltar que esse percentual de episiotomia foi calculado por meio de uma pesquisa domiciliar, pois não há registro oficial do procedimento.

Dessa forma, se conclui que o procedimento pode ter ocorrido ainda mais vezes do que os dados demonstram, sendo até considerado parte do parto normal, o que justifica a falta de registro do procedimento. Entretanto, a episiotomia é um procedimento invasivo e que gera consequências negativas para a parturiente, devendo ser usado apenas quando necessário.

Ainda assim, os defensores do uso do procedimento ressaltam que ela traz benefícios como a prevenção de lacerações no períneo; melhor cicatrização; redução da duração do parto; ampliação do canal vaginal para facilitar o nascimento. Entretanto, os opositores ressaltam que as lacerações no períneo podem ocorrer mesmo com a realização da episiotomia e, ainda, esse procedimento gera dor e desconforto maior que as próprias lacerações, além de gerar maior perda sanguínea, edema e disfunção sexual (Souza; Previatti, 2007).

Ademais, após a episiotomia ainda ocorre a episiorrafia, que é a costura do corte, conhecido como “ponto do marido”, pois alguns profissionais acreditam que sem a costura o(a) parceiro(a) se desinteressaria sexualmente pela parturiente (Rede Parto do Princípio, 2012).

Com isso, depreende-se que a pessoa que pare é agredida fisicamente com a realização da episiotomia desnecessária, e ainda, possui seu corpo desrespeitado quando a episiorrafia é feita apenas com o fito de manter a pessoa atrativa sexualmente para seu parceiro, enquanto a saúde e o prazer sexual da parturiente são desconsiderados, pois a incisão do períneo pode levar a parturiente a sentir dor e desconforto ao se relacionar sexualmente.

2.3.3 Manobra de Kristeller

A manobra de Kristeller é realizada na parte superior do útero durante as contrações do parto, com o fim de empurrar o nascituro em direção à pelve, se utilizando de mãos, braço, joelho e até colocando seu corpo em cima do abdômen da parturiente. Esta manobra pode provocar lesão dos órgãos internos, hematomas, fratura de costelas, hemorragias e contusões, além disso gera violência psicológica à gestante que é vítima dessa agressão. Ainda, expõe a criança ao aumento da probabilidade de complicações decorrentes de distócia de ombros, fratura de clavícula, trauma encefálico, descolamento do músculo esternocleidomastoideo e hipóxia (Suaia; Serra, 2016).

A manobra de kristeller é um flagrante desrespeito à integridade física da mulher, pois é agressiva e ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma que se seguirá indefinidamente (Rede Parto do Princípio, 2012).

2.3.4 Administração de Ocitocina

A ocitocina é um hormônio aplicado que acelera o trabalho de parto, no entanto esse hormônio já é produzido pelo próprio corpo. Então, a ocitocina artificial possui como efeito o aumento significativo das dores do parto e, pode gerar ainda, sérios danos para a parturiente e o neonato, desde o sofrimento desnecessário até o aumento excessivo da frequência cardíaca da parturiente, além de causar dificuldades na oxigenação do bebê, bem como dano cerebral a esse (Sauaia; Serra, 2016). Nesse sentido, a OMS classifica o uso rotineiro de ocitocina como “Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão” (OMS, 1996).

2.3.5 Restrição ao Acompanhante

A Lei Federal n. 11.108/2005, conhecida como lei do acompanhante, obriga os serviços de saúde a permitir a presença de um acompanhante junto à parturiente, veja:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.
§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.
§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo (Brasil, 2005).

No entanto, mesmo possuindo a lei que obriga os hospitais a aceitarem acompanhantes, esse direito nem sempre é garantido, sob desculpas como “O anestesista não deixa entrar”, “Não tem estrutura”, “Aqui é SUS, não tem luxo não”. “Se quiser, pode pagar pra ter, aí paga tudo particular”, “O hospital tem suas próprias regras.”, “Só pode acompanhante durante o horário de visita”, “A norma do hospital não permite acompanhante para quem não paga quarto” (Rede Parto do Princípio, 2012).

Ainda, a presença do acompanhante ajuda no processo de parto, dentre as vantagens citadas pelos profissionais da saúde, a companhia durante o parto diminui o estresse, acalma e torna o ambiente mais seguro para a parturiente (Dodou *et al.*, 2014).

Dessa forma, essa negativa gera consequências psicológicas para a pessoa que vai parir, pois além de ter tido seu direito desrespeitado em um momento delicado e importante da sua vida, ainda precisa passar por este momento sem uma pessoa de sua confiança e convívio.

2.3.6 Tratamento Desumanizado

“Minha filha nasceu a caminho do hospital, no carro, sem assistência. Tudo porque me senti altamente constrangida no hospital, lugar no qual deveria me sentir segura. Fui amedrontada e desrespeitada nos atendimentos anteriores no hospital”

Os procedimentos citados fazem parte de uma rede de tratamento desumanizado, mas ainda se inclui nisso a omissão de informações; desprezo; humilhação; ameaça; coação, dentre outros (Tesser *et al.*, 2015).

Esse tratamento desumanizado faz parte da forma como os profissionais obstétricos vêem a parturiente, enxergando-a apenas como um grande útero. Com isso, esse tipo de tratamento gera consequências psicológicas graves e até consolida a ideia de que passar por humilhações faz parte do processo de parto, o que dificulta o reconhecimento de que se está sofrendo uma violência (Faneite; Feo; Merlo, 2012). Ainda, esta desumanização parte de um tratamento discriminatório recebido por essas mulheres, que são vitimadas não só em razão do seu gênero, mas também em razão da sua classe social, sua escolaridade e sua cor.

3 QUEM SOFRE MAIS VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

Em 2010, foi conduzida uma pesquisa sobre mulher brasileira e gênero nos âmbitos público e privado, fruto de uma parceria entre a Fundação Perseu Abramo e o SESC. A pesquisa revelou que 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, seja em consultas pré-natais ou no parto. Essas agressões, perpetradas por profissionais de saúde, incluíram desde repreensões, humilhações e gritos até a recusa de alívio da dor (mesmo quando medicamente indicado), realização de exames dolorosos e não recomendados, além de xingamentos grosseiros com conotações discriminatórias relacionadas à classe social ou à cor da pele (Rede Parto do Princípio, 2012).

Além disso, a pesquisa 'Nascer no Brasil', conduzida pela Fiocruz entre 2011 e 2012, entrevistou quase 24 mil mulheres e revelou que 30% das mulheres atendidas em hospitais privados foram vítimas de violência obstétrica, enquanto no Sistema Único de Saúde (SUS), a

taxa de incidência foi de 45% (Leal *et al.*, 2023). Assim, nota-se que no sistema público esse índice se mostrou maior, necessitando de uma observação atenta para a ocorrência dessa violência na rede pública de saúde.

Ainda, também é importante analisar as características desta população atingida, além do gênero, para que possa ser melhor compreendida a forma como a violência obstétrica atinge às mulheres.

3.1 Qual a cor?

O sofrimento provocado à mulher no pré-parto, no parto e pós-parto pode ter diversas formas de se manifestar, gerando consequências físicas e/ou psicológicas na parturiente. Diante desse contexto, há um público mais afetado e vulnerável a sofrer essa violência.

Nesse sentido, conforme o Estudo Nacional de Base Hospitalar (Brüggemann *et al.*, 2014), mulheres negras sofrem mais violência verbal, psicológica ou física em relação à mulheres brancas; têm menos respeito do profissional; tem menos privacidade no trabalho de parto; tem menor clareza nas explicações; têm menor tempo disponível para fazer perguntas; menor participação nas decisões e, por fim, tem menor satisfação com atendimento ao parto em relação às mulheres brancas.

Com isso, o próprio indicativo de que mulheres pretas e pardas sofrem mais violência no atendimento ao parto já escancara que há uma prevalência da cor negra como maiores vítimas da violência obstétrica.

Ainda, nos outros indicativos, que também são tipos de violência, se percebe o desrespeito constante a esta parcela da população vitimada, que é desrespeitada nos centros de saúde, que não obtém clareza nas explicações dadas, que não tem tempo para tirar suas dúvidas e sequer tem participação nas decisões sobre seus próprios corpos, percebe-se que a este ser é impedido o falar e o se posicionar, o que leva a apenas 44,4% das mulheres pretas e 43,8% das mulheres pardas terem satisfação no atendimento ao parto, assim menos da metade das mulheres de cor escura saem satisfeitas ao final desse atendimento, enquanto 52,7% das mulheres brancas relatam saírem satisfeitas, o que, mesmo para as mulheres brancas, ainda é um número baixo de satisfação, evidenciando a necessidade de melhora nesse serviço (Brüggemann *et al.*, 2014).

A partir disso, é necessário buscar formas de diminuir a ocorrência dessas violações para que a mulher tenha acesso a um parto digno, diminuindo assim a possibilidade de intercorrências obstétricas e consequências tanto psicológicas como físicas.

Nesta toada, para a prevenção de causas obstétricas e complicações no parto existe o acompanhamento pré-natal, essa assistência é essencial para que o processo do parto ocorra bem, promovendo a saúde das mulheres durante o período gestacional e pós-parto (Marques, *et al.*, 2021). Estudos indicam que a adoção de práticas baseadas em evidências científicas e protocolos durante essa assistência está associada a melhores resultados tanto para as mães quanto para os bebês. No entanto, o acesso a este acompanhamento é desigual (Leal *et al.*, 2023).

Em 2011 e 2012, foi realizada a pesquisa Nascer no Brasil, que indicou o percentual de que 98,7% de mulheres tiveram ao menos uma consulta de pré-natal, em que 99,2% das mulheres brancas tinham tido esse acesso, enquanto 98,1% das pretas tinham tido, ou seja, uma diferença de 1,1% na cobertura dessa assistência de acordo com a raça (Granado *et al.*, 2023).

Dito isso, está em curso a pesquisa Nascer no Brasil 2, que já atingiu cerca de 80% da amostra final (15.867 partos e 1.185 abortos) e esta trouxe os dados que, em 2023, 99,3% das mulheres brancas tiveram pré-natal, enquanto 98% e 98,7% das mulheres pardas e pretas, respectivamente, tiveram essa assistência. Nota-se que, com o passar dos anos, apesar de ter aumentado o alcance da assistência pré-natal, a diferença de acesso a essa assistência entre mulheres brancas e negras segue a mesma constante, cerca de 1%, desigualdade mantida mesmo com o decorrer de mais de dez anos de uma pesquisa para outra (Granado *et al.*, 2023).

Ainda, mesmo quando mulheres negras têm acesso à assistência pré-natal, elas demoram mais a iniciar o acompanhamento e têm um menor número de consultas. Assim, o acesso ao acompanhamento pré-natal para mulheres negras ainda é desigual em comparação com o das mulheres brancas, prejudicando aquelas que necessitam de uma assistência essencial para obter informações sobre o parto e prevenir intercorrências obstétricas (Granado *et al.*, 2023).

É fundamental destacar que a ocorrência de óbitos maternos está diretamente relacionada ao acesso e à qualidade da assistência durante o pré-natal e o parto. Esses óbitos frequentemente resultam de intervenções inadequadas, omissões, tratamentos incorretos ou de uma combinação de falhas nesses aspectos. Assim, a mortalidade materna é um indicador de deficiências na atenção obstétrica oferecida, abrangendo desde o pré-natal até o puerpério (Leal *et al.*, 2023).

Entre 2015 e 2021, as causas obstétricas diretas foram responsáveis por uma significativa proporção dos óbitos maternos, representando cerca de 60% dos casos, em que a probabilidade de morte materna entre mulheres negras é aproximadamente duas vezes maior em comparação com as mulheres brancas e pardas. Ainda, essa proporção do dobro de mortes

de mães negras segue uma constante desde 2015, assim como a desigualdade no acesso ao pré-natal também percorre os anos, conforme visto, evidenciando, novamente, a dificuldade de garantir o direito de parir de forma saudável a esta parcela da população (Bittencourt *et al.*, 2023).

Em 2014, Marcos Dias estimou uma prevalência, no geral, de 10,2 casos de Morte Materna e Neonatal (NMM) por 1.000 nascidos vivos, considerando apenas o período do parto e pós-parto, e este índice estava associado à falta de acompanhamento pré-natal, à busca por internação em diferentes maternidades durante o parto, à complicações clínicas e obstétricas e ao tipo de parto.

Note que a ocorrência de violência durante o processo de parto e a omissão da assistência à mulher gera consequências graves, em que mulheres negras têm menos acesso ao pré-natal e, por conseguinte, tem um acompanhamento de menor qualidade durante a gravidez, gerando uma maior vitimização dessa população.

Além da ausência de cuidado, há outras formas de manifestação da violência obstétrica que também podem gerar a morte da mãe ou do neonato, uma dessas formas é a peregrinação para o parto, essa caracteriza-se pela situação em que a mulher já está em trabalho de parto e peregrina de maternidade em maternidade em busca de leito para ter o seu filho (Lima; Pimentel; Lyra, 2021).

Conforme a pesquisa Nascer no Brasil 2, 14% das mulheres brancas tiveram que passar por diversas maternidades até conseguirem dar à luz, enquanto 18,7% das pardas e 19,8% das pretas passaram por esse tipo de violência obstétrica. Dessa forma, nota-se que as manifestações de violência têm um público-alvo e a cor desse público é escura (Leal *et al.*, 2023).

Dito isso, o medo de passar pela peregrinação por leito e ter a saúde própria e do seu bebê comprometidas leva mulheres a marcarem uma cirurgia cesárea de forma prévia, mesmo quando não há necessidade, o que também gera risco para a saúde materna e do neonato, aumentando o percentual de cesáreas eletivas. Ainda, esse medo por vezes é reforçado pelo próprio profissional de saúde que está acompanhando a parturiente, que indica a cesárea e interfere no direito de decidir da mulher, conforme visto no capítulo 1.

De acordo com os percentuais apresentados, é certo que existe uma cor alvo da violência obstétrica, mas também, conforme visto, não é apenas um fator que as leva a esta posição, mas sim um conjunto de fatores. Assim, as maiores vítimas não têm só a cor negra, ela também possuem baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo. Ao analisar os indicativos do Estudo Nacional de Base Hospitalar, os percentuais de mulheres que relataram violência verbal, física ou psicológica no atendimento ao parto foram maiores para as negras de menor

escolaridade e de classes mais baixas (Brüggemann *et al.*, 2014).

Com isso, quanto menor o nível de escolaridade e menor a classe social, maior a possibilidade dessa mulher ser vítima de violência obstétrica, assim como também maior a possibilidade de morte materna por causas obstétricas. Dessa forma, nota-se que há uma série de características bem definidas desta população mais afetada que, além do gênero, inclui também a raça e a classe da vítima (Leal, *et al.*, 2023).

Nesse contexto, não há como fazer uma análise das vítimas de violência obstétrica exclusivamente pelo gênero, sendo necessário uma análise interseccional para que haja uma atuação eficaz neste campo. A interseccionalidade examina como o racismo, o sexismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios se entrelaçam e se sobrepõem, gerando desigualdades estruturais que definem a posição das mulheres na sociedade, assim, a raça, a classe social e o gênero são fundamentais na estruturação e legitimação das desigualdades sociais (Lima; Pimentel; Lyra, 2019).

Nesse sentido, Avtar Brah (2006) defende que as estruturas de classe, racismo, gênero e sexualidade não podem ser tratadas como variáveis independentes, pois a opressão de cada uma está entrelaçada com as outras, sendo constituída por elas e a constituindo. As instituições criam e perpetuam desigualdades no acesso e no tratamento à saúde, baseadas em raça, gênero e classe. Por si mesmas, essas categorias sociais não definem uma posição de opressão e hierarquia; é através das relações sociais que se verifica que essas diferenças resultam em desigualdades e injustiças.

Portanto, quando se trata dessa população, trata-se de uma população que, dentro da lógica cientificista e tecnocrática, se encontra cada vez mais distante do profissional na relação médico-paciente, em que o médico se manifesta como a figura detentora do conhecimento científico, enquanto a paciente precisa se submeter às ordens dadas pelo primeiro. Nota-se tal fato quando a pesquisa indica que quanto menor a escolaridade e quanto mais baixa a classe social, menos essa mulher tem tempo para tirar suas dúvidas, tem menos respeito dos profissionais, tem menos clareza nas explicações, menos tempo disponível para fazer perguntas e menor poder de decisão (Brüggemann *et al.*, 2014).

Então, esta população que tem menos acesso à educação de qualidade, menos acesso a uma boa qualidade de vida, que possui menos condições financeiras e que nasce mulher negra, é a população mais suscetível de sofrer violência obstétrica.

3.2 Quem é mais pobre?

Enquanto 4,5% das mulheres pertencentes às Classes A e B relatam ter sofrido violência verbal, psicológica ou física no atendimento ao parto, o percentual de autodeclaradas vítimas de violência obstétrica para pertencentes à classe C é de 6,3% e 6,6% das classes D/E. Além disso, apenas 38,7% das mulheres das classes D/E relatam satisfação com atendimento ao parto, enquanto na classe A esse percentual chega a 56,4% (Brüggemann *et al.*, 2014).

As pessoas mais vulneráveis economicamente estão mais suscetíveis a sofrerem violência obstétrica, conforme visto, no entanto é necessário a análise de quem compõe esta população vulnerável economicamente e, por conseguinte, socialmente.

Conforme a Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2023), em 2022, o rendimento domiciliar per capita médio das pessoas brancas foi de R\$2.118,00, enquanto o das pessoas negras ou pardas foi de R\$1.163,00. Isso significa que, em média, a renda per capita dos domicílios com pessoas brancas foi 82,1% superior à dos domicílios com pessoas negras ou pardas. Ainda, em 2022, o rendimento domiciliar per capita em domicílios que os homens faziam parte foi de R\$1 622,00, um valor 4,5% superior ao verificado para as mulheres, que foi de R\$1 552,00.

Dessa forma, se percebe que negros estão mais vulneráveis economicamente e mulheres também. Ao correlacionar as informações, nota-se que mulheres negras estão dentro desses dois grupos vulneráveis, o que se confirma pelo fato de mulheres negras representarem 44,7% dos jovens extremamente pobres e 47,8% dos pobres, seguidas dos homens pretos ou pardos, com 33,3% e 26,6%, respectivamente. Nesta sequência, cabe inferir que a vulnerabilidade econômica também tem um gênero e cor de “preferência” (IBGE, 2023).

Dentre as causas dessa vulnerabilidade econômica, está no fato de que mulheres negras têm menos acesso ao trabalho remunerado, que é consequência de um alto percentual dessa população com baixa escolaridade, a partir da baixa escolaridade esta mulher tem menos acesso à educação e à informação, o que lhe torna menos interessante para o mercado de trabalho e uma potencial vítima de violência obstétrica, tanto por ter um nível baixo de escolaridade como pela hipossuficiência econômica (Fonseca, 2023).

Assim, nota-se como viver em um dos países mais desiguais do mundo impacta diretamente na garantia da assistência à saúde da mulher, conforme Milton Santos (2000) defende, os pobres não estão apenas desprovidos de recursos financeiros para consumir, a eles é oferecida uma cidadania abstrata; que não cabe em qualquer tempo e lugar e que, na maioria das vezes, não pode ser sequer reclamada (Lopes, 2005).

Assim, esta fala tem um exemplo prático na situação aqui analisada, em que mulheres negras, pobres e de baixa escolaridade são as que relatam ter menos tempo disponível para fazer

perguntas e tirar suas dúvidas no atendimento ao parto, ou seja, a esta população sequer é dado o direito de falar, de ter dúvidas e de ser escutada, assim com também relatam ter menor participação nas decisões, ou seja, a este povo, não é dado o direito de decidir minimamente sobre o próprio corpo.

3.3 Quem tem menos acesso à educação?

Mulheres com ensino médio incompleto relatam ter menos respeito dos profissionais, menos tempo disponível para fazer perguntas e menor satisfação com atendimento ao parto em relação às mulheres com ensino médio completo, desigualdade que é ainda mais ampliada quando comparada estas últimas às mulheres com ensino fundamental incompleto. Além disso, a baixa escolaridade gera um acesso mais difícil a um trabalho digno, o que gera baixa remuneração e torna este público o principal alvo de violência institucionalizada, como a obstétrica (Brüggemann *et al.*, 2014).

Alguns fatores determinam a baixa escolaridade para uma parcela da população, ao pesquisar sobre os motivos que levaram jovens de 14 a 29 anos a abandonarem o ensino médio, o módulo anual sobre Educação da PNAD Contínua expôs dados em que a principal causa de abandono escolar entre homens e mulheres é a necessidade de trabalhar, mas para as mulheres a segunda principal causa de evasão escolar é a gravidez (23,1%), enquanto para os homens é a falta de interesse em estudar (25,5%) (IBGE, 2023).

Assim, nota-se que há um principal motivo em comum de abandono, que é a hipossuficiência econômica, evidenciando que jovens logo cedo precisam preocupar-se com o sustento financeiro do seu núcleo familiar e o seu próprio, mas os motivos que se seguem bem delimitam que há uma diferença a partir de um recorte de gênero.

Nesse contexto, a gravidez na adolescência aparece como o segundo maior motivo de evasão escolar feminina e, apesar de essa gestação trazer mudanças físicas do corpo feminino e gerar riscos biológicos por si só, a gestação precoce também pode resultar em abortos, distúrbios afetivos tanto pra a mãe quanto para o recém-nascido, propensão à baixa autoestima, depressão, e, por fim maior risco de ser vítima de violência obstétrica. (Fonseca, 2023).

A gravidez na adolescência é considerada pela Organização Mundial da Saúde como uma condição de risco que aumenta a prevalência de complicações maternas, fetais e neonatais, além de agravar problemas socioeconômicos preexistentes. Assim como em outras condições de saúde, o prognóstico da gravidez na adolescência é influenciado pela interação de fatores biológicos, sociais, psicológicos, culturais e econômicos. Assim, a taxa de gravidez na

adolescência é mais alta entre mulheres com menor nível socioeconômico, o que pode ser um motivo para sua saída da escola e assim lhe é retirada a opção de ascender socialmente através dos estudos, mantendo-a como parcela populacional vulnerável economicamente (Bouzas; Cader; Leão, 2014; Fonseca, 2023).

No entanto, ainda que a evasão escolar feminina tenha motivos que evidenciam a desigualdade de gênero, as mulheres, no geral, possuem escolaridade mais alta que os homens. Em 2022, o IBGE apontou que a média de anos de estudo das mulheres com 25 anos ou mais foi 10,1 anos, enquanto a dos homens foi 9,6 anos. No entanto, quando esta mesma pesquisa classifica por cor ou raça percebe-se uma desigualdade ainda maior, 10,8 anos de estudo para brancos e 9,1 para pretos ou pardos.

Com isso, vê-se que o não acesso à educação também possui uma cor de preferência, fazendo com que essa população negra tenha um nível mais baixo de escolaridade e, como consequência, seja mais vulnerável economicamente. Dessa forma, nota-se que quando se trata de acesso à educação, a desigualdade racial é mais acentuada que a desigualdade de gênero, sendo necessária uma análise interseccional para entender onde figura a mulher negra neste panorama.

Assim, a mulher negra é perpassada por um conjunto de fatores que a coloca como grupo mais propenso a sofrer violência obstétrica. Não sendo suficiente, além desta mulher precisar enfrentar barreiras sociais que lhe são impostas, ela ainda é exposta à possibilidade de sofrer racismo enquanto mulher gestante no processo de parto.

3.4 Quem é discriminado?

Em 2013, a Pesquisa Nacional da Saúde (IBGE) constatou que 10,6% das pessoas de 18 anos ou mais no Brasil declararam que já se sentiram discriminadas ou tratadas de maneira pior que as outras pessoas no serviço de saúde, por médico ou outro profissional de saúde, dessas pessoas destacam-se as pessoas de cor preta (11,9%), de cor parda (11,4%), mulheres (11,6%) e as pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto (11,8%). Nota-se mais uma vez a presença do mesmo grupo: mulher, negra e com baixa escolaridade.

Ainda, cabe acrescentar que a percepção de estar sendo vítima de discriminação nem sempre é percebida por este público, conforme o sociólogo e coordenador da pesquisa, Gustavo Venturi, da Universidade de São Paulo (USP) aduz:

Mulheres com menor escolaridade não consideram ter sido desrespeitadas. Para elas,

que se baseiam no que ouviram da experiência de amigas e parentes próximas, o parto em hospital é assim mesmo. Vai doer; vão gritar com ela. Há até a percepção de algo negativo, mas por ser visto com naturalidade não é entendido como maus-tratos (Venturi, 2012).

A falta de informação leva mulheres a não saberem que estão sofrendo uma violência, além do fato de sofrerem represálias e xingamentos quando ousam reagir, restando-as apenas o calar-se por medo (Fonseca, 2023). Ademais, é preocupante que práticas de violência obstétrica tenham sido “incorporadas” como parte do parto normal, pois se torna ainda mais difícil o reconhecimento desta pela vítima. Ainda, a associação do parto normal ao sofrimento extremo é o que leva muitas mulheres a temerem este tipo de parto e ao aumento da ocorrência de cesáreas eletivas.

Nesse sentido, há uma prática violenta tão incutida no parto normal que sequer há registros oficiais dela, a episiotomia, corte realizado na vagina da mulher, conforme visto. Este corte tem maiores chances de acontecer em mulheres brancas, entretanto quando ele é realizado em mulheres negras, essas recebem menos anestesia local (Leal, et al., 2017). Tal indicativo representa também a ideia socialmente construída de mulher negra como mulher de força, “boa parideira”, que não precisa de um corte para parir e menos ainda de anestesia local, pois é “resistente à dor” (Lima; Pimentel; Lyra, 2021).

Ainda, este indicativo do maior percentual de episiotomia em mulheres brancas pode ser definido como “discriminação às avessas”, pois a medicina tradicional considera o corte na vagina como algo benéfico, então mulheres negras são menos cortadas, o que acaba por beneficiar esta (Alves *et al.*, 2020).

Este tratamento discriminatório presente no tratamento dado à mulher negra na rede de saúde é a manifestação do racismo institucional presente nesse ambiente, esse é definido como qualquer forma de racismo que ocorre dentro de instituições, como órgãos governamentais, instituições públicas, empresas, corporações e universidades. Esse tipo de racismo inclui atitudes e práticas como preconceito racial, discriminação, estereótipos, omissão, desrespeito, desconfiança, desvalorização e desumanização. Essas práticas não apenas consolidam o racismo institucional, mas também se manifestam como racismo individual, afetando, não apenas os espaços sociais, mas também as instâncias governamentais de maneira mais ampla (Brasil, 2005)

Assim como é de difícil percepção o desrespeito por parte de mulheres com baixa escolaridade, se reconhecer como vítima de racismo, situação em que a cor da pele está sendo determinante para o tratamento discriminatório da vítima, também não é simples, pois o racismo

“a la brasileira” se sustenta no mito da democracia racial, em que supostamente a sociedade brasileira é uma sociedade de iguais que não há racismo (Freyre, 2003).

Ainda assim, a cor ou raça é percebida por um percentual significativo da população como fator determinante para o tratamento discriminatório na rede de saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo IBGE (2013), trouxe os motivos percebidos pelas pessoas que se sentiram discriminadas no serviço de saúde, em que as pessoas podiam indicar mais de um quesito, assim mais da metade da população de 18 anos ou mais de idade que já se sentiu discriminada no serviço de saúde respondeu, como motivos, a falta de dinheiro (53,9%) e a classe social (52,5%), o motivo de como cor ou raça, variou entre 13,6% e 15,6%.

Nesse contexto, nota-se que a classe social e a raça mais uma vez figuram como fatores determinantes para o mau tratamento no serviço de saúde, evidenciando a existência de um tratamento discriminatório que anda em conjunto com as privações de direitos vividas por essa mesma parcela da população durante a vida.

Ademais, o racismo também se manifesta no fato de que 68% das adolescentes pretas e 58% das brancas não foram orientadas a respeito de qual maternidade se dirigir para o parto, 34% das pretas não tiveram acompanhante o tempo todo, enquanto esse percentual foi de 19% das brancas, e quanto a avaliação da assistência, 12% das pretas avaliaram como regular ou ruim, enquanto 9% das brancas avaliaram dessa forma (Granado, *et al.*, 2023).

Dessa forma, estes indicativos não acabam em si mesmos, a partir da mesma pesquisa, Nacer no Brasil 2, nota-se que eles levam a uma rede de outras violências, como a falta de orientação quanto a maternidade leva a peregrinação por leito, que é um dos motivos de mortalidade materna e neonatal, como o fato de que mulheres sem acompanhante são mais suscetíveis a sofrerem violência obstétrica, falta de acompanhante esta que pode ser tanto um sintoma do desrespeito à lei do acompanhante como também o retrato da solidão da mulher negra.

Portanto, se percebe que a violência obstétrica tem o público feminino, negro, pobre e de baixa escolaridade como principal alvo, inclusive, quando se trata de pobreza e de baixa escolaridade, a população negra também figura como menos favorecida nestes campos, evidenciando a necessidade de um olhar plural para estas opressões no sentido de garantir que os direitos desta população sejam efetivados.

4 A PARTURIENTE COMO SUJEITO DE DIREITOS

Os direitos para a população que dá à luz estão previstos na Constituição do Brasil de 1988, que destaca em seu art. 6º os direitos sociais que, dentre eles, estão o direito à educação, à saúde, ao trabalho e à proteção à maternidade e à infância. Esses direitos se entrelaçam e a ausência da garantia deles na vida dos cidadãos podem ser sentidas de forma conjunta.

Dessa forma, partindo do direito social de proteção à maternidade e à infância, viu-se que para efetivamente proteger à maternidade e à infância no contexto do parto, evitando que a parturiente e o neonato sofram violência obstétrica, é necessário garantir uma série de direitos que esta população possui, não apenas no âmbito da saúde, mas também assegurando o acesso a uma educação de qualidade e a um trabalho digno, tornando-as menos vulneráveis a sofrerem violência obstétrica.

Nesta toada, a promoção da educação se manifesta como dever do Estado, conforme o art. 205 da Constituição Federal/88, devendo este garantir a igualdade de condições não somente no acesso à escola, mas também na permanência do estudante nesta (art. 206, I, CF), e, para que a permanência ocorra, é necessário que se diminua o índice de evasão escolar a partir de uma política que integre gênero, raça e classe, pois se viu que a motivação para a saída precoce da escola está intimamente ligada a esses atravessamentos.

Portanto, garantir essa educação contribuirá para o aumento do percentual de mulheres com maior escolaridade, tornando-as mais preparadas para o mercado de trabalho, com maior possibilidade de terem um salário digno e, assim, as tirando de um grupo que tem um maior percentual de vítimas de violência obstétrica.

Entretanto, apesar de ser importante a tentativa de diminuição dos índices de violência obstétrica por meio da garantia de acesso a certos direitos durante a vida da parturiente, a garantia à assistência à saúde digna é o fator principal para que se evite a ocorrência dessa violência, pois é fato que, independente da escolaridade, raça ou situação financeira, a gestante deve receber um tratamento igualitário, conforme a Constituição preceitua:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Ainda, o Sistema Único de Saúde se baseia em três princípios, sendo eles a universalização, a equidade e a integralidade. O primeiro aduz sobre a saúde dever ser um direito garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras

características sociais ou pessoais; o segundo traz a equidade, que é diferente do conceito comum de igualdade, nesta as pessoas são vistas como iguais, naquela as pessoas são vistas de acordo com suas necessidades e particularidades, buscando garantir o direito de todos a partir de suas diferenças, ou, conforme o pensamento aristotélico, tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida de sua desigualdade; o terceiro princípio aduz sobre a integralidade, que é a articulação da saúde com outras políticas públicas, assegurando uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Brasil, 1990).

Nota-se que o SUS, por meio dos seus princípios, pauta a importância de uma política conjunta, que atenda o indivíduo nas suas diferentes necessidades, e defende a integralização de políticas com foco na saúde juntamente com políticas focadas em outros âmbitos. Dessa forma, as políticas públicas que visem a extinção da violência obstétrica devem respeitar esses princípios, analisando a parturiente de forma interseccional e, assim, oferecendo uma assistência ao parto qualificada.

4.1. Políticas Públicas Relacionadas à Humanização do Parto

O doutrinador Gilmar Mendes defende que as normas que consagram os direitos sociais são normas programáticas, ou seja, dependem de políticas públicas para sua eficácia. Assim, com vistas a efetivar os direitos constitucionais previstos, aparecem as políticas públicas que, no caso em discussão, buscam assegurar um parto saudável e livre de violência (Mendes; Branco, 2018).

Nesse contexto, surge o parto humanizado, que prioriza o bem-estar da gestante e do bebê, promovendo um processo menos invasivo, utilizando tecnologia apropriada e monitoramento contínuo durante o trabalho de parto. Além disso, a presença de um acompanhante é incentivada, a gestante pode escolher a posição mais confortável para o parto e o profissional responsável é a parteira, que acompanha todo o processo e encaminha para uma instituição hospitalar se necessário (Moreiras; Partichelli; Bazani, 2019).

Assim, nota-se que o conceito de parto humanizado é parecido com o modelo de parto feito antes do advento da obstetrícia como ramo da medicina, com isso tem-se a tentativa de um resgate para este parto que tem a mulher como personagem principal.

Dessa forma, com o fomento à realização do parto humanizado se busca a garantia de um parto saudável para a parturiente e para o nascituro, prevenindo a ocorrência de diversas formas de violência obstétrica. A partir disso, criaram-se políticas de incentivo ao parto

humanizado, essas que também visam a concretização da equidade nos serviços de atendimento ao parto.

4.1.1 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)

O Ministério da Saúde, através das Portarias GM n° 569, GM n° 570, GM n° 571 e GM n° 572 de 01.06.2000 criou, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) como uma política de incentivo ao parto humanizado criada a partir da necessidade de redução da mortalidade materna perinatal. Este programa possui uma atuação articulada pelo Ministério da Saúde com as secretarias de saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal, visando a ampliação da assistência ao parto e melhor organização desta (Brasil, 2000).

Nesse sentido, o PHPN tem como princípios gerais o direito da gestante ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; ao acompanhamento pré-natal adequado; ao conhecimento e acesso prévio à maternidade que seu parto será realizado e à assistência ao parto humanizado, além da assistência humanizada também ao neonato. Ademais, esse programa é baseado em três componentes, sendo estes: i) o incentivo à assistência pré-natal; ii) a organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal; c) uma nova sistemática de pagamento da assistência ao Parto.

Assim, o PHPN busca atuar tanto na organização financeira, como na organização logística para a melhora do tratamento do parto no Brasil. Ainda, traz objetivos específicos para que os princípios sejam efetivamente conquistados, como no caso da assistência pré-natal.

O programa traz diversas atividades e procedimentos a serem garantidos para que haja um acompanhamento pré-natal adequado, dentre eles está a realização da primeira consulta de pré-natal até o 4° mês de gestação e a realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal. No entanto, conforme a pesquisa *Nascer no Brasil 2*, entre os anos de 2022 e 2023, realizaram consultas pré-natal no primeiro trimestre da gestação 87,9% das mulheres brancas; 80,9% das pretas e 81,8% das pardas. Ainda, conforme a mesma pesquisa, realizaram seis ou mais consultas de pré-natal 84,5% das gestantes brancas e apenas 77,7% das pretas e 79,2% das pardas (Leal *et al.*, 2023).

Dessa forma, mesmo após 22 anos dessa política ainda há uma deficiência nesse acesso e uma desigualdade clara. Apesar disso, ao fazer uma análise entre os anos de 2000 e 2015 verificou-se que, entre os classificados como de raça/cor da pele branca, preta e parda, houve aumento em torno de 25 pontos percentuais na realização de sete ou mais consultas no período

analisado (+2,4%, +4,0% e +4,2% por ano em média, respectivamente), apesar de a desigualdade racial nesse acesso continuar a existir, nota-se um aumento na abrangência dessa assistência (Mallmann *et al.* 2018).

Ainda, no período de 1990 a 2019 houve uma queda na redução da mortalidade materna de 49%, passando de 111,4 para 58,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Ademais, com relação ao ano de 2022, ao fazer o recorte racial quanto ao índice de mortalidade materna se encontra uma razão de morte 46,56 mulheres brancas para cada 100.000 nascidos vivos, enquanto morrem 100,38 de mães pretas em contexto de parto para a mesma proporção de nascidos vivos, ou seja, mulheres pretas morrem duas vezes mais (Leal *et al.*, 2023).

Dessa forma, nota-se que o PHPN conseguiu diminuir o índice de mortalidade materna, conforme era sua motivação, no entanto ainda subsiste a desigualdade no acesso a uma assistência ao parto de qualidade, em que mulheres negras ainda estão em desvantagem. Tendo em vista tal indicativo, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que busca analisar as particularidades sofridas pela população negra no acesso à saúde e garanti-la para este povo.

4.1.2. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

Em novembro de 2006, o texto da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi aprovado por unanimidade durante uma reunião do Conselho Nacional de Saúde, em 2008, foi formalmente acordado na Comissão Intergestores Tripartite e, em 14 de maio de 2009, foi publicado no Diário Oficial da União sob a Portaria nº 992 (Brasil, 2009a). Com a aprovação da Lei nº 12.288 em 2010, a PNSIPN passou a ter força de lei (Brasil, 2010).

Esta política emerge em obediência aos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (Brasil, 1988, art. 1º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (Brasil, 1988, art. 4º, inc. VIII), e da igualdade (Brasil, art. 5º, caput). Ainda, busca pôr em prática um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, que é de "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação" (Brasil, 1988, art. 3º, inc. IV).

Assim, a PNSIPN é transversal, ou seja, caracteriza-se pela confluência e esforço recíproco de diferentes políticas de saúde a partir de uma visão integral do sujeito, que é atravessado por diversas questões, como a fase da vida, o gênero, à orientação e ao porte de deficiência. Ainda, possui como marca o reconhecimento do racismo como determinante social das condições de saúde, inclusive o racismo institucional, para assim buscar a equidade na

promoção da saúde.

Nesse sentido, o reconhecimento da existência desse racismo nas instituições públicas e privadas rompe com a ideia de democracia racial e escancara a existência de um tratamento discriminatório para as pessoas de pele escura. Assim, a partir do reconhecimento da existência do racismo nas instituições, se pode trabalhar para que haja equidade.

As diretrizes gerais do programa, dentre outras, é a inclusão de assuntos como racismo e saúde da população negra nos processos de formação dos trabalhadores da saúde, buscando informar os profissionais para que reconheçam atos racistas e não os pratiquem; incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra; implemento de monitoramento e avaliação de ações de combate ao racismo e, ainda, o reconhecimento dos saberes e práticas ancestrais em saúde. Nota-se que este último é de grande valia para o contexto de parto, que é marcado pelo saber de mulheres negras parteiras, como Romana de Oliveira, na qual a história inicia este trabalho (Brasil, 2009).

A partir disso, o objetivo geral da política é promover a saúde integral da população negra a partir da redução das desigualdades étnico-raciais, do combate ao racismo e da discriminação nas instituições e serviços do SUS. Ainda, dentre os objetivos específicos está a inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS, que é de suma importância para a comparação racial e o monitoramento dos desfechos demográficos sociais e de saúde, permitindo uma maior visibilização da questão (Leal *et al.*, 2023).

Entretanto, ao investigar o conhecimento das pessoas quanto à existência dessa política para saúde negra, 90,5% dos entrevistados relataram desconhecer qualquer ação nesse sentido, o que demonstra a falta de conhecimento das pessoas quanto às políticas de saúde, em especial a PNSIPN. No que se refere à necessidade de políticas de saúde com essa finalidade, 60,9% da amostra afirmaram sua importância. Entretanto, 52,7% declararam que a PNSIPN tende a reforçar a discriminação racial (Neto *et al.*, 2014).

Ainda, uma pesquisa feita em um Centro de Saúde na Ceilândia-DF, com 10 profissionais, sendo seis enfermeiros, uma assistente social e um agente comunitário de saúde, revelou opiniões contrárias a esta política especial para a população negra, registrando falas como:

Mas para a população negra, por quê? Porque são melhores? Porque são piores? Porque se hoje brigam tanto por igualdade, porque vai fazer esse, trazer esse abismo de novo?

Agora me deu uma lembrança do 'Apartheid' (risos). Por quê, né? Essa diferenciação.

Então acho que não cabe sentido, até que tá todo mundo brigando por direitos iguais, tem direito na universidade, direito disso, direito daquilo. Quer ficar junto com todo mundo, não 'todo mundo é igual perante a lei', porque você vai discriminar na área da saúde?

Se diferenciar um atendimento específico a certa população, aí é que o trem não funciona mesmo. Pra todo mundo já não tá funcionando, se você adequar isso pra uma parte da população e outra política só pra outra parte, acho que aí é que vai travar o sistema, que não vai funcionar mesmo.

A gente sabe que o idoso tem que ter um atendimento específico, né? Agora pro negro não, porque pra mim branco e negro são iguais, né? Não tem essa diferenciação em relação à saúde (Santos, J. , Santos G., 2013).

Nesse contexto, veja como esses profissionais da saúde reforçam a ideia do mito da democracia racial, negando a existência do racismo e corroborando com a ideia de que não há diferenciação entre negros e brancos. Ainda, o percentual de pessoas que declararam que a PNSIPN reforça a discriminação racial também segue este mesmo pensamento, de que inexistem racismo na saúde e que este passa a existir somente a partir da criação de uma política para a saúde dos negros. No entanto, basta observar os percentuais das pesquisas aqui demonstradas para se perceber a necessidade desta política especial e, ainda, que a diferenciação entre negros e brancos na saúde já existe, necessitando de uma política eficaz para que ela, de fato, passe a inexistir.

Dessa forma, somente em abril de 2024, foi instituído o Comitê Técnico Interministerial de Saúde da População Negra - CTSPN, de caráter permanente, com a finalidade de monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN (Brasil, 2024).

4.1.3 Rede Cegonha (RC)

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que consiste numa rede de cuidados que visa garantir para a mulher uma atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, assegurando também o nascimento e desenvolvimento saudável do bebê. Ainda, busca garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo.

Essa rede tem como característica a atuação conjunta da esfera federal, estadual e municipal, possuindo como princípios o respeito, proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a

participação e a mobilização social; a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (Brasil, 2011).

Nesse contexto, percebe-se a devida importância, em tese, que esta rede dá à promoção da saúde materna infantil com o devido enfoque ao gênero e à diversidade racial e cultural. Além disso, são objetivos dessa política o fomento ao novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança não somente durante o período de parto, que é uma característica do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, mas também acompanha o desenvolvimento da criança até seus 24 meses de vida. Ainda, tem como objetivo a organização da rede de atenção à Saúde Materna e Infantil e a redução da mortalidade materna e infantil.

Nesse sentido, em 2017, foi feita a Avaliação da Rede Cegonha, coordenada pela Fiocruz e pela Universidade Federal do Maranhão, que classificou cinco diretrizes da RC em “adequado, não adequado e parcialmente adequado” a partir de critérios que consistiam na combinação das respostas das puérperas, profissionais de saúde e gestores; nas informações obtidas a partir da análise documental e na observação *in loco* (Ministério da Saúde, 2017).

A elaboração das diretrizes teve como referência a normativa, os documentos e a legislação que norteiam as ações da estratégia, sendo classificadas como: i) acolhimento em obstetrícia; ii) boas práticas de atenção ao parto e nascimento; iii) monitoramento do cuidado e vigilância da mortalidade materna e neonatal; iv) gestão participativa e compartilhada; v) ambiência. Assim, chegou-se a conclusão que quatro das diretrizes foram avaliadas como parcialmente adequada, apenas a ambiência foi avaliada como não adequada

A ambiência teve uma melhor avaliação em maternidades que possuíam quartos PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto), pois a presença de salas coletivas ainda era uma realidade na maioria dos hospitais avaliados à época, sendo essa um tipo de violência obstétrica manifestada na falta de privacidade da parturiente.

Além disso, em 2015, em uma pesquisa que analisa as boas práticas no trabalho de parto e em outros momentos assistenciais segundo cor da pele em maternidades da Rede Cegonha, foi percebido que mulheres negras recebem menos alimentação na primeira fase do trabalho de parto; tem menos o partograma preenchido e tiveram um maior percentual de resposta de “poucas vezes bem tratada”. Ainda, mães negras sofreram mais intervenções como a manobra de Kristeller. Dessa forma, apesar de a RC ter trazido avanços teóricos, ainda há uma desigualdade racial ao analisar de fato a ocorrência de manifestações de violência obstétrica nas maternidades parte desta rede (Alves *et al.*, 2020).

Por fim, a Rede Cegonha se fundamenta em, dentre outras, duas leis que versam sobre o tema, sendo a lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, conhecida como “Lei do acompanhante”

e a lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que garante à gestante o direito de conhecer e se vincular à maternidade onde receberá assistência no SUS (Brasil, 2011).

4.2 Legislação Nacional de Proteção aos Direitos das Parturientes

No Brasil, não há leis que pautem de forma específica o conceito de violência obstétrica ou que tragam algum tipo de sanção para o cometimento desta, existem apenas duas leis que visam a diminuição de alguns tipos dessa violência, sendo estas a lei de vinculação da parturiente à maternidade e a lei do acompanhante.

Em outros países sul-americanos, o cenário legislativo quanto ao combate da violência obstétrica é diferente, na Venezuela existe a lei Nº 38.668, de 2007, que define a violência obstétrica e traz, inclusive, punição para quem a cometer, enquanto na Argentina também há na legislação a definição de violência obstétrica como violência de gênero, conforme se vê na lei nº 26.48, de 2009, que é a lei de proteção integral para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra à mulher:

ARTICULO 6º — Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes: e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 (Argentina, 2009).

Esta lei nº 25.929, ao qual o artigo se refere, trata sobre o parto humanizado na Argentina, em que elenca os direitos da mulher no pré-parto, parto e pós-parto, como o direito à informação, a ser tratada com respeito de forma individual e personalizada de acordo com suas pautas culturais; de ser considerada protagonista de seu próprio parto; ao parto natural, evitando práticas invasivas; ao acompanhante, dentre outros. Assim, percebe-se que a legislação argentina já delimita quais práticas são inaceitáveis durante esse processo (Argentina, 2015).

Desta forma, falta ao Brasil este tipo de previsão de lei, cabendo apenas à lei do acompanhante e à lei de vinculação à maternidade este papel legislativo de prevenção à violência.

4.2.1 Lei do Acompanhante

A lei do acompanhante, nº 11.808/07, promulgada em 2007, garante às mulheres o direito a ter um acompanhante de sua livre escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós

parto, conforme visto no capítulo 1 (Pasche; Vilela; Martins, 2010).

Ainda no mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou a portaria de nº 2418 que autorizou o pagamento de despesas com o acompanhante durante todo o processo de parto, como gastos com acomodação e principais refeições. Além disso, em 2008, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 estabeleceu parâmetros para que os Serviços pudessem assegurar uma estrutura física adequada e segura para os acompanhantes. Ademais, em 2010, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) definiu, através da Resolução Normativa n. 211, que os atendimentos de obstetrícia no setor privado deveriam cobrir todas as despesas com o acompanhante (Rodrigues *et al.*, 2016).

Ainda assim, a pesquisa *nascido no Brasil 2* indica que, em média, apenas 63% das parturientes tiveram acompanhamento durante todos os momentos do parto entre os anos de 2022 e 2023 (Leal *et al.*, 2023). Ademais, a falta de conhecimento quanto a existência dessa lei também é um sintoma evidenciado na pesquisa realizada no Hospital Mater Dei, uma instituição privada de média complexidade conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizada em Feira de Santana-BA, entre os meses de outubro e novembro de 2016. Ao entrevistar 19 puérperas sobre o seu conhecimento a respeito da Lei do Acompanhante foram obtidas respostas como estas: “Não. Nem sei falar disso, ‘tô’ sabendo agora”. “Não. Eu achava que era o médico que ‘tava’ na hora do parto que era o acompanhante” (Carvalho; Oliveira; Macêdo, 2021).

Assim, percebe-se a importância de ser fornecida informação para a gestante a respeito dos seus direitos, principalmente durante a assistência pré-natal, o que denota que as políticas para a garantia de um parto digno se complementam, precisando estarem articuladas para que seja assegurado um parto livre de violência para a parturiente e para o nascituro, com o devido acompanhamento da pessoa de confiança da parturiente.

4.2.2. Lei de Vinculação à Maternidade

Em 2007, foi sancionada a lei nº 11.634, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde, veja:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à: I - maternidade na qual será realizado seu parto; II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal (Brasil, 2007).

Ainda, destaca que essa vinculação se dará logo no ato de inscrição da gestante na assistência pré-natal garantindo que essa maternidade também esteja apta para prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional da parturiente (Brasil, 2007).

Esta lei tem o fito de evitar a peregrinação para o parto, que é um dos fatores que leva à mortalidade materna e neonatal, além de ser um tipo de violência obstétrica. No entanto, conforme pesquisa feita em 2 de junho de 2010, dois anos após o parto, em 186 dos 189 municípios signatários do Pacto de Redução da Mortalidade Infantil na Região Nordeste, das 8.164 mulheres estudadas na pesquisa, 56,1% não foram orientadas durante o pré-natal sobre o local que deveria fazer o parto, 31,2% não tiveram realizado o parto no local indicado por causa da distância e apenas 9,4% o tiveram na maternidade vinculada (Barreto, 2013).

Ademais, na pesquisa *nascer no Brasil 2*, o percentual de mulheres que não visitou a maternidade durante a gestação foi de 86,2% das brancas, 87,7% das pretas e 86,2% das pardas, ou seja, a concretização desta lei ainda é deficiente, apesar de o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento trazer como uma de suas diretrizes o conhecimento e acesso prévio à maternidade que o parto será realizado, e do Programa Rede Cegonha trazer o modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto, este direito ainda não é garantido para um percentual significativo de gestantes (Leal *et al.*, 2023; Brasil, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a gênese da violência obstétrica, se percebe como ela vai contra a lógica de garantia à saúde, pois se espera que os avanços da medicina tragam apenas avanços positivos. No entanto, apesar do ramo da medicina obstétrica ter trazido melhorias para a assistência ao parto, com ele também surge a violência obstétrica.

O parto, hoje largamente hospitalizado, já foi realizado em casa por mulheres parteiras. No entanto, na campanha de consolidação da obstetrícia, este saber cultural passado de geração em geração foi desmerecido para dar lugar ao saber puramente científico, levando o parto para um lugar alheio à mulher, em que ela não é o sujeito principal, mas sim um sujeito meramente paciente, submisso ao determinado por um médico detentor do saber, que por vezes alega saber sobre o corpo feminino até mais que a própria, quando pede pra fazer mais força, quando subestima a dor da mulher, quando induz a mulher a decidir pelo tipo de parto mais conveniente para ele.

Centralizar o saber médico-científico e ignorar o saber histórico de mulheres, principalmente mulheres negras parteiras, como Romana de Oliveira, a qual toda a comunidade confiava para os partos, é uma forma de violência de gênero. Assim, denota-se a importância da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra enfatizar a promoção do reconhecimento de saberes e práticas populares de saúde.

Dessa forma, a violência obstétrica se desenvolve como uma violência de gênero oculta, em que é difícil coletar dados, pois está incutida socialmente como parte do processo de parto nos hospitais, “que se sofre mesmo”, não sendo vista como violência. No entanto, em um país que ¼ das mulheres que pariram já se sentiram agredidas durante o pré-parto, parto ou pós-parto é necessário olhar para essa esfera.

Assim, quando se olha para essa esfera se percebe que mulheres negras, de menor escolaridade e menor poder aquisitivo são as maiores vítimas de violência obstétrica. Ainda, quando se analisa racialmente entre negros e brancos qual a população tem menor escolaridade e que é mais pobre, também se chega a população negra como menos favorecida. A partir disso, se conclui que a questão racial não está isolada, ela é entrelaçada por outras problemáticas que a atravessam, devendo ser buscada uma garantia de políticas em conjunto para que o acesso à saúde digna seja efetivado.

Mesmo com a existência de políticas públicas de promoção do parto humanizado que prevêm a análise interseccional do sujeito, ainda há indicativos de desigualdade de acesso aos serviços de assistência ao parto entre mulheres brancas e negras. Assim, surge a Política

Nacional de Saúde Integral da População Negra como uma esperança para a promoção da equidade no tratamento médico-hospitalar das pessoas negras. Entretanto, apesar deste projeto ser de grande valia, ao pesquisar indicativos de resultados dessa política não se encontra indicativo algum de resultados, não há uma análise da eficácia dessa política e também não há indicativos a respeito das aplicações práticas dela na rotina hospitalar.

Assim, inexistiu um fator essencial para a melhoria da política pública, que é a análise da sua eficácia, sendo necessário que esta política seja efetivada e devidamente analisada, no entanto em abril deste ano, 2024, foi criado o Comitê Técnico Interministerial de Saúde da População Negra - CTSPN com a intenção de estabelecer diretrizes para a elaboração de plano de ação para o fortalecimento da PNSIPN, com vistas a garantir equidade racial nas ações de saúde em todas as fases da vida, além de monitorar e avaliar políticas, ações e estratégias realizadas no âmbito da PNSIPN (Brasil, 2024). Dessa forma, há uma perspectiva de melhora neste âmbito.

Com isso, visando a erradicação da violência obstétrica, se percebe que a garantia de direitos deve partir da análise do contexto do sujeito de forma interseccional, comportando gênero, raça e classe, inclusive esta deve ser uma ideia presente na própria formação dos profissionais de saúde, para assim evitar comportamentos discriminatórios e o reforço de violência e racismo institucional.

Por fim, espera-se que este trabalho contribua para uma análise da violência obstétrica sob a ótica de quem é mais vitimado, dando luz à existência de agressões ao parir e cooperando para a não naturalização do sofrimento nesta fase da mulher. E, ainda, evidenciando a inexistência de uma democracia racial, tendo em vista que brancas e negras são diferentes e são tratadas diferentes até num contexto em que as duas são vitimadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ricardo. **O arquivo Nacional e a história luso-brasileira**, 2021. Disponível em: 22 de ago. de 2024.

https://historialuso.an.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5329:romana&catid=2066&Itemid=215. Acesso em: 25 de mai. de 2024.

ALVES, Maria et al. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. **Ciência e Saúde Coletiva**, p. 837-846, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/TgWVksQ86KPrsqpVfRsNdKg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 de mar. de 2024.

ARGENTINA. Lei Nº 26.485, de 14 de abril de 2009. **Ley de Proteccion integral a las mujeres para prevenir, sancionar y erradicar la violencia**, 2009. Disponível em:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_26485_violencia_familiar.pdf. Acesso em: 17 de jul. de 2024.

ARGENTINA. Lei Nº 25.929, de 17 de setembro de 2004. **Ley do Parto Humanizado**, 2004.

Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/parto-respetado-ley-ndeg-25929>. Acesso em: 27 de ago. de 2024.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Trad. Pietro Nassetti. São Paulo: Martin Claret, 2003.

BARRETO, Marta. **O parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado na região Nordeste**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, p. 66, 2013. Disponível em:

<http://www.realp.unb.br/jspui/handle/10482/15223>. Acesso em: 6 de abr. de 2024.

BITTENCOURT, Sonia. **Mortalidade materna segundo cor da pele**, 2023. Disponível em:

<https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em:

BOUZAS, Isabel; CADER, Samária; LEÃO, Lenora. Gravidez na adolescência: uma revisão sistemática do impacto da idade materna nas complicações clínicas, obstétricas e neonatais na primeira fase da adolescência. **Adolescência e Saúde**, p. 7-21, jul-set. 2007. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/abr-407>.; Acesso em: 19 de mar. de 2024.

BRAH, Avtar. **Diferença, diversidade, diferenciação**. Cadernos Pagu, p. 329-376, jan-jun, 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cpa/a/B33FqnvYyTPDGwK8SxCPmhy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 de abr. de 2024.

BRASIL. Decreto nº 1973, de 1 de agosto de 1996. **Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm#:~:text=D1973&text=DECRETO%20N%C2%BA%201.973%2C%20DE%201%C2%BA,9%20de%20junho%20de%201994. Acesso em: 28 de ago. de 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. Diário Oficial da União, 1988. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 de ago. de 2024.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 24 de ago. de 2024.

BRASIL. Decreto nº 11.996 de 15 de abril de 2024. **Institui o Comitê Técnico Interministerial de Saúde da População Negra**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/D11996.htm. Acesso em: 25 de ago. de 2024.

BRUGGEMANN, Odaléa et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZfLNJPCljcrxDbRVg4sfj4S/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 17 de mar. de 2024.

CARVALHO, Silas; OLIVEIRA, Bruno; MACÊDO, Leiane. Percepção de puérperas sobre a Lei do Acompanhante. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, p. 46-54, jul-set. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/28108>. Acesso em: 6 de abr. de 2024.

CHEHUEN, José et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, p. 1909-1916, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mNYPvyFtbp3bm3bc8S64b3j/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 de jul. de 2024.

DIAS, Marcos et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/w9xDWCgRSvgRn5NZmP4LckK/?format=pdf>. Acesso em: 18 de mar. de 2024.

DODOU, Hilana et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Sorocaba, p. 262-269, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/4h4kSrYGq9VzZxnZzFHpDQw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 de mar. de 2024.

FANEITE, Josmery; FEO, Alejandra; MERLO, Judith. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, n. 72, p. 4-12, 2012. Disponível em: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0048-773220220003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 de mar. de 2024.

FONSECA, Emanuel. **Os impactos em gestante adolescente vítima de violência obstétrica**. Tese (Doutorado em Ciências). Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Universidade de São Paulo, São Paulo, p. 127, 2023. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-07122023-173929/en.php>. Acesso em: 7 de abr. de 2024.

FREYRE, Gilberto. **Casa-Grande & Senzala: Formação da Família Brasileira sob o Regime de Economia Patriarcal**. São Paulo: Global. 48 edição, 2003.

GOMES, Annatália. Da Violência institucional à rede materna e infantil: Desafios e possibilidades para efetivação dos direitos humanos e redução da mortalidade. **Cadernos Humaniza SUS**, Brasília, v. 4, p. 133-154, 2014. Disponível em: https://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 11 de mar. de 2024.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional da Saúde**. Brasília: 2013. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/PNS%20Vol%202.pdf>. Acesso em: 20 de ago. de 2024.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Dados (PNAD) Contínua**. Brasília: 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html>. Acesso em: 20 de ago. de 2024.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais**. Brasília: 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9221-sintese-de-indicadores-sociais.htm>. Acesso em: 20 de ago. de 2024.

LEAL, Maria et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 de mar. de 2024.

LEAL, Maria et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztLYnPcNFcszFNDRBCFRchq/?lang=pt>. Acesso em: 18 de mar. de 2024.

LEAL, Maria et al. **Características sociodemográficas e obstétricas da população negra usuária do SUS no Brasil**, 2023. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em: 20 de ago. de 2024.

LIMA, Kelly; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência e Saúde Coletiva**, p. 4909-4918, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26suppl3/4909-4918/pt/#>. Acesso em: 19 de mar. de 2024.

LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil**. Cartilha Saúde da População Negra no Brasil, 2005. Disponível em: 4 de set. de 2024

MALLMANN, Mariana. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/9cSHcRVQKmqhXkqgQz4NxTf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 de jul. de 2024.

MARQUES, Bruna et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Sorocaba, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/hR4MwpCd88cvTfs9ksLJGFs/>. Acesso em: 17 de mar. de 2024.

MARTINS, Ana. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MENDES, Gilmar; BRANCO, Paulo. **Curso de Direito Constitucional - 13ª ed.**São Paulo : Saraiva Educação, 2018.

Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. **Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2009.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 6 de abr. de 2024.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2418, de 7 de abril de 2005. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2005. Disponível em:

<https://www.abenforj.com.br/site/arquivos/outros/Portaria%202418.pdf>. Acesso em: 27 de ago. de 2024.

Ministério da Saúde. Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/sum0021_12_08_2011.html. Acesso em: 28 de ago. de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Cartilha. Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/direitos-humanos-parto-gravidez.pdf>. Acesso em: 22 de ago. de 2024

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sumário Executivo: **Atenção ao Parto e Nascimento em maternidades no âmbito da Rede Cegonha**. Brasília: 2017. Disponível em:

https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf. Acesso em: 22 de ago. de 2024.

Ministério da Saúde. Súmula Normativa nº 21, de 12 de agosto de 2011. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 28 de ago. de 2024.

MOREIRA, Sérgio; PARTICHELLI, Patrícia; BAZANI, Adriana. A violência obstétrica e os desafios de se promover políticas públicas de saúde efetivas. **Revistas Unisalle**, Canoas, 2019. Disponível em: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Dialogo/article/view/4822>. Acesso em: 15 de jul. de 2024.

MORERA, Jaime. Violência de Gênero: um olhar histórico. **História de Enfermagem: Revista Eletrônica, Curitiba**, v. 5, p. 54-66, jan-jul. 2014. Disponível em:

file:///C:/Users/Sales%20e%20Freitas%201/Downloads/vol5num1artigo5%20(1).pdf. Acesso em: 14 de mar. de 2024.

NICIDA, Lucia. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.1147-1154, out.-dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/XP3PRhKTFf6JWRC6xkYfQdJ/#>. Acesso em: 11 de mar. de 2024.

NOMURA, Roseli; ALVES, Eliane; ZUGAIB, Marcelo. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, p. 9-15, 2003. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2004.v38n1/9-15/pt>. Acesso em: 14 de mar. de 2024.

OLIVEIRA, Cida; ANDRADE, Yohana. As outras dores do parto. **Galedes**, 2012. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/as-outras-dores-do-parto/>. Acesso em: 22 de ago. de 2024.

PASCHE, Dário; VILELA, Maria; MARTINS, Cátia. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, v. 4, p. 105–117. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838>. Acesso em: 11 de mar. de 2024.

PREVIATTI, Jaqueline; SOUZA, Kleyde. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p. 197-201, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HcQ7JgG9yZhjcXc4pg3ZHZs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 de mar. de 2024.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica: “Parirás com dor”**. 2012. Disponível em: https://www.partodoprincipio.com.br/_files/ugd/2a51ae_6f70af0dbb714e0894a5f84d96318a3f.pdf. Acesso em: 20 de ago. de 2024.

RODRIGUES, Diego et al. O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. **Texto e Contexto Enfermagem**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4Qm774mp8J5P7CTBkVpkFVf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 de abr. de 2024.

SANFELICE, Clara et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, mar-abr, 2014.

SANTOS, Josenaide; SANTOS, Giovanna. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563-570, out/dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2013.v37n99/563-570/pt>. Acesso em: 17 de jul. de 2024.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Record; 2000.

SAUAIA, Artenira; SERRA, Maiane. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 128-147, jan-jun. 2016. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/1072>. Acesso em: 14 de mar. de 2024.

SESC; FUNDAÇÃO PERSEU ÁBRAMO. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>. Acesso em: 4 de set. de 2024

TELLES, Lorena; PIMENTA, Tânia. Mulheres negras, parteiras e parturientes (Rio de Janeiro, 1810-1850). **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 32, nº 1, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/LQvPyvkWmtRqpy3MH4F7LMh/>. Acesso em: 11 de mar. de 2024.

TESSER, Charles et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 14 de mar. de 2024.

VALLE, Camila. Influências Teóricas e Teoria em Gilberto Freyre: um debate sobre a integração social e a “democracia racial”. **Estudos de Sociologia**, Recife, v. 1, n. 23, p. 131-167, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235794>. Acesso em: 22 de ago. de 2024.

ZANARDO, Gabriela et al. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia e Sociedade**, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?lang=pt#>. Acesso em: 14 de mar. de 2024.