

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS HUMANAS

Thais Gonçalves de Souza

**AS DORES DO PARTO: UMA ANÁLISE SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES  
NEGRAS**

Artigo apresentado ao Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel (Trabalho de Conclusão de Curso).  
Orientadora: Profa. Dra. Marcella Beraldo de Oliveira.

Juiz de Fora  
2019

## **DECLARAÇÃO DE AUTORIA PRÓPRIA E AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO**

Eu, **THAIS GONÇALVES DE SOUZA**, acadêmica do Curso de Graduação Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas, da Universidade Federal de Juiz de Fora, regularmente matriculado sob o número 201772020A, declaro que sou autora do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **AS DORES DO PARTO: UMA ANÁLISE SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES NEGRAS**, desenvolvido durante o período de Março de 2019 a Junho de 2019 sob a orientação de MARCELLA BERALDO DE OLIVEIRA, ora entregue à UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF) como requisito parcial a obtenção do grau de Bacharel, e que o mesmo foi por mim elaborado e integralmente redigido, não tendo sido copiado ou extraído, seja parcial ou integralmente, de forma ilícita de nenhuma fonte além daquelas públicas consultadas e corretamente referenciadas ao longo do trabalho ou daquelas cujos dados resultaram de investigações empíricas por mim realizadas para fins de produção deste trabalho.

Assim, firmo a presente declaração, demonstrando minha plena consciência dos seus efeitos civis, penais e administrativos, e assumindo total responsabilidade caso se configure o crime de plágio ou violação aos direitos autorais.

Desta forma, na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Juiz de Fora a publicar, durante tempo indeterminado, o texto integral da obra acima citada, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas e ou da produção científica brasileira, a partir desta data.

Por ser verdade, firmo o presente.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Thais Gonçalves de Souza**

# AS DORES DO PARTO: UMA ANÁLISE SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES NEGRAS

Thais Gonçalves de Souza<sup>1</sup>

## RESUMO

O presente trabalho pretende discutir e relacionar o conceito de violência obstétrica à temática do racismo institucional. No Brasil encontramos um alto índice de mortalidade materna e um alto número de cesáreas, índices estes que se ligam diretamente as diversas formas de violência obstétrica que se fazem presentes cotidianamente no país, criando uma situação alarmante. Além deste cenário geral, é ainda tido que mulheres negras ocupam o topo dos índices de violências ocorridas durante a gestação e o parto. Portanto, partindo da construção histórica e da representação social do corpo negro feminino no Brasil busco traçar como estes corpos se tornam grandes alvos de diversas violências e como o processo de violência obstétrica, especificamente, estende-se para além de uma violência de gênero e assume um caráter de violência racial. Ademais, por meio de entrevistas realizadas com mulheres negras que viveram em seus momentos de parturientes a dor da violência obstétrica tem-se como objetivo aplicar a metodologia qualitativa e compreender como as diferentes dimensões sociais que circundam esse processo se relacionam e se somatizam, e como essas experiências de parto são significadas e representadas por estas mulheres. O artigo também pretende articular o debate com a temática da humanização do parto, trazendo em foco a importância de se construir um processo de "renascimento do parto", com uma nova percepção diante deste, de reapropriação desse momento pela mulher-mãe alinhado a desconstrução do discurso biomédico dominante.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência Obstétrica. Racismo Institucional. Mulheres negras. Humanização do parto.

## ABSTRACT

The present work intends to discuss and relate the concept of obstetric violence to institutional racism, as in Brazil we can find a high rate of maternal mortality and a high number of cesarean sections, which are directly linked to the various forms of obstetric violence that may occur, making high number even bigger in the country, creating an alarming situation. In addition to this general scenario, black women are still at the top of the rates of violence during pregnancy and childbirth. Therefore, starting from the historical construction and social representation of the female black body in Brazil, I tried to research and study how these bodies become great targets of various violence and how the process of obstetric violence, specifically, extends beyond gender violence and assumes a character of racial violence. In addition, through interviews with black women who lived in their parturient moments the pain of obstetric violence has the objective of applying the qualitative methodology and understanding how the different social dimensions that surround this process are related and somatized and how these experiences are signified and represented by these women. The article also intends to articulate the debate with the theme of the humanization of childbirth, focusing on the importance of constructing a process of a "renewal of childbirth", with a new perception before it, of reappropriation of that moment by the mother woman aligned with the deconstruction of the dominant biomedical discourse.

**KEYWORDS:** Obstetric Violence. Institutional Racism. Black Women. Humanization of childbirth.

## 1. Introdução

No século XIX observa-se o começo de um grande período de mudanças no cenário brasileiro relacionadas a entrada e a institucionalização da medicina obstétrica. O surgimento da obstetria nasce na Europa por volta dos séculos XVII e XVIII e chega ao Brasil, nos estados do Rio de Janeiro e da Bahia, com o ensino da chamada "arte obstétrica". (ROHDEN, 2001, p. 70) Esse é o início do processo que tornaria o parto um evento cada vez mais controlado, medicalizado e protagonizado pela figura do médico, quem detém o saber

---

<sup>1</sup> Graduanda em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. E-mail: thaissouza\_27@hotmail.com Artigo apresentado ao Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel. Orientadora: Profa. Dra. Marcella Beraldo de Oliveira.

e a prática obstétrica legitimada – a contraponto do cenário de partos domiciliares, que eram a esmagadora maioria anteriormente, com o protagonismo direto das parteiras e das mulheres parturientes.

O ideal tido, tanto no ensino da obstetrícia quanto no processo de institucionalização, com criação das primeiras maternidades no Brasil, era de formar um espaço de “maior segurança” para parto e diminuir os índices de mortalidade para os bebês e para as mães, trazendo uma nova perspectiva para este evento dentro dos moldes eurocêtricos. Mas na realidade não existe essa segurança total durante todo o processo de gestação e parto somente se construindo um espaço de ensino e prática medicinal, já que esses parâmetros por si só não se alinham ao principal, que é o cuidado da mulher-mãe. Dessa maneira, o que se instaurou nesses espaços foi um processo de exacerbada apropriação feita pela medicina do momento do parto, criando uma tendência para a patologização destes e abrindo margem para sérias consequências, até mesmo para a violência institucional.

Hoje é possível inferir, por exemplo, que essa passagem do parto para um espaço hospitalar ocasionou a perda de uma rede de apoio, de certa maneira, familiar (e primordialmente, feminina) que existia ao redor do parto domiciliar. É criado um espaço que passa a ignorar as estratégias não-medicalizantes, que eram usadas pelas parteiras anteriormente, e que começa a interferir no parto e a impor padrões de comportamentos determinados da lógica médica. Tais mudanças inevitavelmente foram retirando a mulher-mãe de uma posição de sujeito ativo no evento do parto e a transformando em um objeto, que se enxerga cada vez mais inferior ao âmbito das tecnologias médicas e mais dependente destas instituições e destes processos altamente controlados. (HELMAN, 2003, p. 156).

Segundo a autora Elizabeth Eriko Ishida Nagahama:

“Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente: simbolicamente, a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, por meio do cerimonial de internação – separação da família, remoção de roupas e de objetos pessoais, ritual de limpeza com enema, jejum, não deambular. Ou seja, a atenção foi organizada como uma linha de produção e a mulher transformou-se em propriedade institucional.” (NAGAHAMA, 2005, pg. 656).<sup>2</sup>

Dessa forma, as mulheres passam a ter seus corpos totalmente apropriados e dominados pela instituição e pela figura do médico, uma pessoa desconhecida e em um ambiente desconhecido, onde a imposição do saber se instaura sobre suas vontades e seus direitos. O corpo que é verdadeiramente marcado pela experiência do parto, e por todas as transformações que a maternidade agrega a estas mulheres, é marginalizado nos momentos de decisão e escolha. É sobre esses aspectos que se instaura a prática da obstetrícia no Brasil e são nesses espaços onde a violência obstétrica se faz presente de forma majoritária.

O conceito de violência obstétrica é bem amplo e engloba as mais diversas facetas de violências que ocorrem no contexto da gestação, do puerpério, em casos de abortamento, e o mais frequente, durante no parto. São caracterizados, portanto, todo e qualquer ato de negligência, tratamentos desumanizados e rudes, falas com deboches ou xingamentos, ameaças, procedimentos invasivos como toques vaginais constantes, intervenções de qualquer tipo sem o conhecimento ou consentimento da parturiente, tricotomia<sup>2</sup> e outras intervenções agressivas como a episiotomia<sup>3</sup> e a manobra de Kristeller<sup>4</sup>. Também são consideradas práticas violentas a aplicação rotineira de ocitocina para acelerar o processo, a privação de alimentação e água (jejum total) e o impedimento da presença do acompanhante durante todo o processo de parturição – se for de escolha da mulher. Isto é, são diversas intervenções e impedimentos que acarretam a perda da autonomia da mulher sobre seu próprio corpo, além de traumas e danos psicológicos, e/ou físicos, que podem se estender por toda vida. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

No Brasil, os dados de mulheres que sofreram violência obstétrica são alarmantes. Segundo o estudo “*Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*”, realizado em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, cerca de 1 em cada 4 mulheres, no país sofreu violência no parto. Dentro dessas, cerca de 10%

---

<sup>2</sup> Tricotomia é o processo de retirada dos pelos pubianos da mulher.

<sup>3</sup> Episiotomia é um procedimento cirúrgico que realiza um corte no períneo da mulher (região muscular entre a vagina e o ânus) que, em tese, aumentaria o canal do parto. Mesmo sendo evidenciado que não é eficaz a episiotomia ainda é muito utilizada (às vezes sem anestesia) em partos normais mal assistidos. (OMS, 1996)

<sup>4</sup> A manobra de Kristeller é utilizada para a aceleração da expulsão do feto no momento do parto. Consiste em uma força abrupta realizada acima do abdômen empurrando o nascituro para a pelve. Potencialmente pode causar lesões internas, hemorragias e fraturas.

sofreram toque vaginal de maneira dolorosa e 10% também tiveram negação a métodos de alívio para suas dores, outros 9% de mulheres declaram que não receberam informações sobre os procedimentos realizados durante o parto; 9% receberam gritos e 7% xingamentos e/ou humilhação. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Além disso, procedimentos como a episiotomia que são caracterizados com tantos critérios e cautelas para serem realizados, até mesmo pela Organização Mundial da Saúde, fazem parte da rotina dos partos normais no Brasil. De acordo com os resultados obtidos pela pesquisa "*Nascer no Brasil*", 53,5% das mulheres entrevistadas realizaram a episiotomia, prática esta que em grande parte dos casos é feita sem aplicação de anestesia e sem o consentimento das mulheres.

A pesquisa "*Nascer no Brasil*" foi realizada com cerca de 23 mil mulheres parturientes e puérperas em todas as regiões do país, abrangendo hospitais públicos e privados. Por essa, foi possível constatar que o maior número de mulheres submetidas a algum tipo de violência obstétrica no Brasil são pretas ou pardas, 65,9%. Em outras pesquisas, como "*Raça e Violência Obstétrica no Brasil*" (uma monografia apresentada em 2016), as estatísticas também se corroboram ao primeiro estudo citado e indicam para a maior incidência de casos de violência obstétrica em corpos de mulheres negras e pardas. Assim, faz-se possível analisar como existem combinações de opressões, violências, as quais as mulheres negras são submetidas de maneira mais acentuada, ou seja, influências de dimensões sociais, de origem étnica, que se somatizam a dimensão de gênero.

Nessas perspectivas, busca-se nesse artigo explorar o conceito de violência obstétrica analisando-o como uma forma de violência institucional de gênero e relacionando como este se articula a outros modos de violência, como o próprio racismo institucional. É por meio do estudo sobre a construção e representação social da mulher negra no Brasil que se pretende entender por que estes corpos são mais atravessados por tais violências cotidianamente e, além disso, por meio de entrevistas feitas com mulheres negras que passaram por tais violências, entender como o marco do parto acaba sendo fortemente estigmatizado na vida delas e como esses modos de violência são reconhecidos e significados por elas.

## **2. Violência obstétrica x Violência institucional de gênero**

Como tido no tópico anterior, é preciso para além de compreender a grande pluralidade de violências descritas que são abarcadas no conceito de violência obstétrica, analisar as diferentes interfaces que estas ocupam. Ou seja, é necessário que se compreenda que os modos de violência se perpetuam tanto no contexto interpessoal dos sujeitos, quando realizados em agressões diretas e explícitas, quanto na esfera institucional, formando parte da estrutura social e de um tecido cultural que opera por mecanismos de controle e subjugação dos corpos, nesse caso de corpos femininos. Assim sendo, a violência obstétrica não se aloca em atos isolados de negligência e/ou imperícia dos profissionais que acompanham o processo de parto, dado até mesmo os altíssimos índices desse modo de violência. Só se pode entender e combater a violência no parto em sua totalidade ao ser reconhecer esta pelo viés institucional, sempre transposta em uma relação hierárquica entre médico e a parturiente, onde este se apropria do corpo e da sexualidade da mulher.

A violência institucional é caracterizada por ser cometida dentro das instituições, sejam estatais ou privadas, tanto por ação direta quanto por omissão destas ou de seus agentes, abrangendo dessa maneira os abusos que são cometidos pelos profissionais com base nas relações desiguais construídas com as usuárias. A especificidade a qual se aloca a violência obstétrica é no contexto de violência institucional de gênero, visto que são as mulheres as vítimas da utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde para o controle de seus corpos e de suas sexualidades, imbricando em abusos, demasiadas intervenções e subjugações a discursos médicos baseados em diferenças que foram historicamente sendo construídas sob determinações ditas biológicas entre os sexos, atrelando tanto a natureza feminina, quanto o corpo da mulher, a algo "desviante", errado, impuro, e que precisa, portanto, ser controlado. (ROHDEN, 2001.)

No atual contexto do país, o Ministério da Saúde do Brasil, em um cenário de amplos retrocessos nas esferas de direitos, condenou o uso do termo "violência obstétrica" justamente pelo equívoco de compreender a denominação como pejorativa, vista como referida diretamente aos profissionais envolvidos no processo de parturição. O erro se dá nesta designação errônea para a esfera pessoal, isto é, sem a compreensão total de que médicos, enfermeiros e os demais profissionais, são agentes inseridos em uma hierarquia de poder que segue uma violenta lógica institucional rodeada por conflitos de interesses diversos – e que deve ser combatida inclusive por eles. A decisão de proibir o uso do termo invisibiliza e impede que a discussão seja plenamente

praticada no Brasil e conseqüentemente diminui a atuação de enfrentamento contra tais violências, dificultando tanto a conscientização da população quanto a defesa das vítimas desses atos violentos.

Desde 1994, o Brasil é signatário da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, nominada Convenção de Belém do Pará, que é até mesmo base para criação da Lei Maria da Penha. Nesta, o artigo nº 2 expressa claramente:

“entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica: ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.” (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994.)

Nesse âmbito ainda se pode citar diversas outras políticas, convenções e comitês internacionais que o país participa visando à proteção dos direitos e a dignidade das mulheres, como a PNAISM (Política nacional de atenção integral à saúde da mulher) e a CEDAW (Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher). Ou seja, é dever assumido pelo próprio Estado brasileiro de prevenir e garantir o combate a todas as formas de violência contra a mulher, inclusive a obstétrica.

## 2.1 Crítica ao discurso biomédico

No livro de Fabíola Rohden *"Uma ciência da diferença"* tem-se o panorama de constituição do discurso biomédico desde o princípio dos estudos voltados ao corpo da mulher e da própria estruturação da ciência da ginecologia no século XIX. Assim, é possível determinar como tais discursos operavam em demarcar diferenças fundamentais entre o sexo feminino e masculino, tanto em âmbitos físicos e psicológicos quanto morais, e como consequência criaram padrões de comportamento e determinaram papéis sociais a cada sexo, como a própria atuação na esfera pública inerente aos homens e a presença da mulher somente no âmbito privado, na condição de mãe e cuidadora da casa.

A condição básica é que o corpo masculino era definido como o padrão em detrimento dos aspectos biológicos femininos, assim, a lógica dos estudos era estabelecida na busca e na produção de evidências sobre o funcionamento da fisiologia do corpo das mulheres que as inferiorizassem e que comprovassem que constituíam um invólucro de instabilidades e perigos. A puberdade, a menstruação, a menopausa, todos eram considerados fenômenos totalmente "fora do padrão", visto que não há nenhum tipo de evento similar que ocorresse na mesma medida com os homens, isto é, o comportamento fisiológico do corpo das mulheres era considerado desviante, o que abria margem para perspectivas que delineavam a natureza feminina como mais propensa a disfunções e doenças, naturalmente patológica, e que precisava, portanto, ser medicalizada para ser "domada".

Nesse mesmo rumo é que a obstetrícia moderna ocidental conduz seus processos à medicalização, como já discutido na introdução deste artigo. O período da gestação e do parto são lidos assim como a menopausa e a menstruação, se produzindo a necessidade de serem eventos controlados e encaixados em padrões de comportamento. As mulheres parturientes são sujeitas a dependência de um centro médico e suas experiências se centram na realização de um parto doloroso, angustiante e de muitas inseguranças. Se exigem diversas normas e condutas da mulher durante o parto, determinando até mesmo a posição na qual se deve parir. Induz-se a expulsão do feto, a dilatação, acelera-se, ajusta-se e monitora-se a todo o momento todo o processo que deveria ser natural do parto. A tecnologia toma domínio desse momento e se perde de fato no quesito da humanização, tudo se torna mecânico e completamente despersonalizado, afastado da história, da subjetividade, das vontades, da vivência e das expectativas da mulher para seu parto.

Uma análise interessante e elucidativa que pode ser traçada acerca da rotina que se estabelece nos partos ocidentais é a relação comparativa com a forma de funcionamento de uma produção fabril. A perspectiva coloca que com a emergência do capitalismo o corpo também passa a ser reconhecido como uma máquina, o útero em especial, e o parto é a realização de um trabalho mecânico com finalidade na produção de bebês perfeitos, um processo altamente monitorado e conduzido pelo médico, o supervisor constante desta "linha de montagem". (MARTIN, 2006.) Assim, é possível expressar como este modelo médico que diz respeito ao funcionamento do corpo feminino demonstra claramente a violência contida na realização dos partos, o reflexo

direto da exploração destes corpos e da subjugação das mulheres, sempre colocadas em um plano secundário. O corpo da mulher gestante é tratado como um mero instrumento da produção, ou seja, um objeto e não um sujeito-ativo, e é por esse viés que se legitimam as intervenções e o alto uso de tecnologias que irão tornar "a produção" mais eficiente dentro dos períodos de tempo pré-determinados como corretos.

A problemática que impera é a legitimidade biomédica instaurada como uma esfera inquestionável de saber, que não é tida como alvo de fortes críticas diante de suas práticas e que acaba se tornando uma instituição reprodutora de um ciclo hegemônico de desigualdades de gênero e de promoção de hierarquias sociais. Ao longo dos anos estes mecanismos de exclusão e condenação do corpo da mulher foram sedimentando um imaginário social que hoje, em senso comum, considera que os ditames e diagnósticos de controle do processo de parto são naturais e necessários. Cria-se um ciclo que reforça as opressões e as violências através de suas práticas e que, além disso, condiciona as mulheres a se desvincularem da noção e do poder que detém de parirem por si mesmas, e de compreenderem o parto como um evento naturalmente fisiológico de seu organismo, e não uma condição patológica.

[...] apesar de a reprodução ser apontada como o destino biológico das mulheres, [...], o sistema da medicalização não permite que a mulher seja protagonista de seu processo de reprodução. Os corpos das mulheres, destinados à reprodução, não são considerados capazes de reproduzir com saúde e autonomia. Dessa forma, na realidade, esse destino, apontado como necessário, é um destino de submissão e controle. (PENA, 2015, p. 16)

Assim, faz-se possível compreender as raízes históricas que foram construindo as desigualdades e o pano de fundo para o cenário da violência de gênero na esfera institucional atualmente, em específico na área saúde. Os avanços agregados no processo de parto com a intenção de assegurar o bem-estar tanto da mulher quanto do bebê recém-nascido se tornaram os grandes vilões ao passo em que se perdeu o equilíbrio com o primordial durante todo processo: o respeito a mulher, ao seu tempo, as suas vontades e seu plano para aquele momento. Somente desta maneira é que se pode construir uma experiência que irá marcar toda vida da mulher de uma maneira positiva, e não como na maioria dos casos, que expressam totalmente o contrário deste ideal.

O quadro de cesáreas realizadas no Brasil é alarmante e reflete claramente um exemplo do quão as tecnologias podem ser mal utilizadas na promoção do parto e serem fonte de diversas violências contra a mulher. A OMS (Organização Mundial da Saúde) traça que a taxa ideal de cesarianas realizadas deve se situar em uma variação de 10% a 15%, e o Brasil ultrapassa esse limite e disputa o topo dos países que mais realizam a cirurgia no mundo, cerca de 55.5%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016) As cesáreas foram sendo construídas historicamente como uma forma "higienizada" de parir ao passo que o parto normal era sendo construído como degradante, (PASCHÉ et al., 2010.) primitivo, sujo. A cesariana é exaltada por permitir que os partos se realizem sem a dor do parto por via vaginal e em um processo muito mais rápido. Na prática, podemos encontrar duas problemáticas por trás desses números que descortinam os diversos interesses que passaram a ser priorizados no parto e demonstram como as próprias mulheres foram se rendendo a ditames médicos que as submetem a desacreditar de seus potenciais.

O primeiro ponto se vincula ao fato de que as cesarianas desnecessárias, ou seja, má indicadas e que ocorrem muitas das vezes antes da mulher entrar no início do trabalho de parto, podem ser muito prejudiciais e perigosas para a mãe e o bebê. O risco de morbidade materna é maior na realização de cesáreas do que de partos normais, bem como abrangem também maiores riscos de infecções, hemorragias, tromboembolismo, maiores dores no pós-parto e a própria prematuridade iatrogênica.<sup>5</sup> (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Mas ainda assim, as cesáreas são (literalmente) vendidas com selo de garantia de uma segurança muito maior no momento de dar à luz.

Na maioria dos casos as cesarianas são cômodas para os profissionais que conduzem o parto tanto por serem mais rápidas em comparação com as horas que levam o processo de parto normal, quanto a todo cuidado e atenção ao qual este demanda. Portanto, por ocorrerem de maneira programada e ritualística, as cesáreas excluem a imprevisibilidade de uma gestante entrar em trabalho de parto em momentos "inconvenientes" pra este profissional, além de que o médico pode com antecedência agendar diversos partos pra somente um dia ou a própria instituição de saúde pode contar com seus centros cirúrgicos e salas disponíveis por um maior tempo, para uma maior quantidade de partos serem realizados. Ou seja, uma lógica extremamente violenta que de maneira alguma coloca a parturiente, seu bem-estar e a saúde do recém-nascido como prioridade, e sim, valoriza interesses essencialmente econômicos.

O segundo ponto é que a cultura das cesáreas atua, assim como já descrito anteriormente, no imaginário social das mulheres grávidas, que passam a desacreditar do poder de parir e a introjetar mitos sobre dificuldades inerentes ao parto normal que as impedem de se sentirem seguras por si próprias e as induzem a passar suas decisões para a figura do médico, contribuindo para o crescimento das "cesáreas eletivas" e o fortalecimento da instituição médica e das corporações que as circundam. Todo um ato que deveria ser de empoderamento destas mulheres, da promoção da autoestima, da concretização do que é gerar a vida, se transforma em uma gama de inseguranças e de desconhecimentos sobre o próprio funcionamento fisiológico dos seus corpos e de todas as intervenções as quais as parturientes ficam à mercê, um ciclo de desvalorização e reprodução de esquemas de dominação/submissão das mulheres que são estruturantes dos contextos ideológicos patriarcais.

O ideal e mais importante a ser buscado na promoção do parto é priorizar e garantir o bem-estar da mulher que está parindo, as suas demandas, suas vontades e as suas escolhas – para além de qualquer norma ou conduta, alinhando-se a promoção de um ambiente acolhedor para realização do parto. Ou seja, é preciso promover a saúde em contexto amplo, com práticas baseadas em evidências científicas atualizadas e com empatia, afeto e estímulo à confiança desta mulher, reconhecendo que o nascimento é um momento dela e realizado por ela.

O acesso a informações de confiança e qualidade pelas mulheres durante todo o pré-parto também se faz de muita importância para que seja sabido quais são os tipos de parto, os riscos, vantagens e desvantagens e a decisão da mulher seja amparada no que a traz mais segurança e conforto durante e após o parto e que em caso de situações de violência obstétrica estas estejam munidas para denunciar e recorrer a esfera de direitos legais que as pertencem. Além disso, todas as intervenções devem sempre ocupar um segundo plano para serem utilizadas somente em situações necessárias, aonde irão contribuir de fato para a saúde da gestante, e não serem utilizadas em larga escala, de maneira rotineira, contribuindo somente para o acréscimo dos riscos e prejuízos tanto em curto quanto em longo prazo para a mulher e o recém-nascido.

A maneira ocidental contemporânea de parir é muito recente comparada aos milhões de anos de acúmulo de conhecimentos e experiências sobre a cultura do nascimento e das diversas práticas e mais variados costumes que envolvem o momento do parto e do pós-parto entre diferentes culturas espalhadas pelo mundo. A própria maneira de parir de costas (litotômica), por exemplo, que é naturalizada nos partos brasileiros, em muitos lugares, como no Norte da Tailândia, Índia, Sri Lanka e África Ocidental não é administrada, as mulheres ficam de pé, de cócoras, sentadas, apoiadas em algum objeto ou em alguém nos seus últimos estágios do trabalho de parto. (HELMAN, 2003, p. 159). Ou seja, é primordial que se quebre o paradigma de que o modelo tecnocrático do parto que se implementou, e que continua se desenvolvendo, é o modelo absolutamente correto ou mais seguro de parir e desconstruir o domínio da tecnologia sobre o natural, trazendo um movimento oposto e que utilize a tecnologia como apoio e em casos estritamente necessários para a garantia da saúde da mãe e do bebê, não de forma indiscriminada.

### **3. Violência obstétrica x Viés racial**

Analisando os dados e índices de diversos estudos e pesquisas em relação à violência obstétrica e a saúde reprodutiva das mulheres no Brasil é possível reconhecer que as mulheres negras são as maiores vítimas destes casos de violência e que também ocupam o topo dos índices de mortalidade materna (60% segundo o Ministério da Saúde). Em contato com os resultados oriundos da pesquisa "*Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento*" é possível perceber como as puérperas negras possuem um maior risco de terem um pré-natal inadequado, com menos orientações sobre o início de trabalho de parto, sobre riscos e complicações na gravidez ou até mesmo um menor número de consultas e menos exames de ultrassonografia em comparação com as puérperas de cor branca. Também é determinado como as mulheres negras possuem uma ampla falta de vinculação a maternidades, mais casos de ausência de acompanhante na realização de seus partos e de maiores tempos de peregrinação para o momento do parto. (NASCER NO BRASIL; LEAL *et al.*, 2017). Outro estudo, publicado há pouco mais de uma década aponta para um menor uso de analgesias na realização dos partos via vaginal nas mulheres pretas e pardas, ponto que aprofundaremos durante a discussão deste artigo. (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Portanto, o debate acerca do aspecto racial como influenciador e fundamentador da vivência da violência obstétrica no país se torna essencial. A violência obstétrica é constituída em uma rede complexa de estruturas sistêmicas que interagem para o controle e subjugação dos corpos, assim sendo, com a apresentação



e contextualização histórica tida sob a ótica de atuação de uma violência institucional de gênero, torna-se necessário caracterizar também como esse modo de violência se articula fortemente ao viés racial, analisando propriamente o racismo institucional e as raízes e determinações histórico-estruturais do racismo no Brasil.

O conceito de racismo institucional foi definido em 1967 pelos teóricos e ativistas Stokely Carmichael e Charles Hamilton, integrantes do grupo "Black Panthers" - Panteras Negras (um dos grupos mais radicais na luta contra o preconceito racial nos EUA durante o século XX):

"O racismo institucional é o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações." (CRI, 2006 apud LÓPEZ, 2012, p. 128.)

A violência e o racismo institucional no âmbito da saúde são só uma das esferas do desfavorecimento social, político, econômico perpetuado na vivência da população negra no Brasil. Pode-se citar diversos campos que o aspecto racial é sinônimo de vulnerabilidade e total desamparo perante o Estado. O Mapa da Violência 2015, por exemplo, demonstra que o homicídio de mulheres negras cresceu de 54% entre 2003-2013 e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em análise de dados obtidos entre 2012-2018, descreve que a vulnerabilidade das mulheres negras ao desemprego foi constatada como 50% maior, independente de crise econômica, idade ou escolaridade, ou seja, a cada ponto percentual a mais na taxa de desemprego no país, as mulheres negras sofrem, em média, aumento de 1,5 pontos percentuais. Além disso, são as mulheres negras que compõem 62% da população carcerária feminina no país, de acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Mulheres, divulgado pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen), demonstrando como o racismo institucional presente na esfera policial promovendo o encarceramento em massa da população negra, mais um mecanismo de controle e dominação.

Desta maneira, o problemático cenário de mulheres negras em período gravídico-puerperal que são violentadas cotidianamente pelos/nos serviços de saúde, pode ser evidenciado como um dos exemplos claros da operação do racismo institucional, somados a reflexos e consequências do contexto sócio histórico construído desde a escravidão negra no Brasil. São processos sociais, políticos e culturais que estruturaram e formaram a sociedade e baseiam as diversas formas de desigualdades, opressão e violência contra negras e negros atualmente, que deixam a população negra a margem da sociedade, excluindo e conduzindo por um ciclo de desfavorecimentos em cadeia.

Lélia Gonzáles e Angela Davis são grandes referências sobre a temática que envolve a condição e a vivência das mulheres negras no período da escravidão, uma vertente centrada na experiência brasileira e outra no contexto dos EUA, mas que se entrelaçam principalmente sobre as marcas e estigmas que ficaram estampados nestas mulheres até hoje. Por estas perspectivas é possível construir um paralelo que esclarece sobre como o ideal escravocrata agia sobre os corpos negros de maneira determinante e dominante, subjugando-os e explorando-os desde a travessia transatlântica, e assim trazer como contexto explicativo para entendimento da condição atual da população negra, especialmente das mulheres negras e da saúde reprodutiva destas.

"É importante lembrar que na história das mulheres negras, existe um processo violento que insiste em permanecer na atualidade. Desde a travessia transatlântica no interior dos tumbeiros e navios negreiros, as mulheres negras foram alvos de violência por terem sido, sumariamente, separadas de seus filhos e obrigadas a terem partos análogos ao de animais, fato que nos remete à realidade de muitas mulheres negras nos serviços de saúde atualmente (ASSIS, 2010)."

Primeiramente, os escravos eram tratados como coisas, como comuns a objetos de propriedade do senhor, ou seja, relegados a uma condição inumana que legitimava a exploração destes como instrumentos da produção, meras forças de trabalho. As mulheres negras, em específico, eram delegadas a exercer trabalhos árduos na casa grande, na manutenção das funções domésticas e nos cuidados dos filhos de seus senhores, mas também eram figuras ativas no campo, como trabalhadoras do eito. A dominação e o controle escravocrata se forjavam, portanto, na objetificação destes corpos negros para sua exploração violenta. Violência essa expressa tanto na exploração da força de trabalho quanto nas punições e nos castigos físicos, como açoitamentos e mutilações, que os escravos e escravas eram submetidos. Além disso, a violação colonial perpetrada pelos senhores brancos somava a objetificação a sexualização quando se tratava do corpo negro feminino, visto que estas mulheres eram abusadas sexualmente pelos seus senhores, sofrendo constantes estupros. (GONZALÉS; BARRETO.)

"Mas as mulheres também sofriam de forma diferente, porque eram vítimas de abuso sexual e outros maus-tratos bárbaros que só poderiam ser infligidos a elas. A postura dos senhores em relação às escravas era regida pela conveniência: quando era lucrativo explorá-las como se fossem homens, eram vistas como desprovidas de gênero; mas, quando podiam ser exploradas, punidas e reprimidas de modos cabíveis apenas às mulheres, elas eram reduzidas exclusivamente à sua condição de fêmeas." (DAVIS, 1981, p. 19)

Neste período do século XIX, é possível comparar como concomitantemente a este contexto havia a promoção de um padrão que ditava sobre a condição feminina, tratando as mulheres como passivas, dóceis, frágeis e sensíveis, que de maneira alguma era um conceito que abarcava as mulheres negras escravizadas. Estas nunca foram ligadas a padrões de docilidade e sensibilidade. Angela Davis coloca como na escravidão elas trabalhavam tanto quanto os homens negros escravizados, e as condicionar a tal estigma seriam completamente subversivo a lógica de legitimação da escravidão. A marca determinante sobre as mulheres negras pregava totalmente o contrário, colocando-as como fortes e intrinsecamente resistentes, com pré-disposições biológicas que as faziam aguentar qualquer tipo de situação e de dor, uma "força natural".

"Quando falamos do mito da fragilidade feminina, que justificou historicamente a proteção paternalista dos homens sobre as mulheres, de que mulheres estamos falando? Nós, mulheres negras, fazemos parte de um contingente de mulheres, provavelmente majoritário, que nunca reconheceram em si mesmas esse mito, porque nunca fomos tratadas como frágeis. Fazemos parte de um contingente de mulheres que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas, como vendedoras, quituteiras, prostitutas... [...] fazemos parte de um contingente de mulheres com identidade de objeto." (CARNEIRO, 2003)

O caso de James Marion Sims, considerado "pai da ginecologia moderna", exemplifica como as escravas negras foram submetidas a situações cruéis e desumanas a luz deste mito de resistência a dor. O médico que desenvolveu a cura cirúrgica da fístula vesicovaginal usava mulheres negras durante o século XIX para experimentar sistematicamente suas teorias e aperfeiçoar suas técnicas, realizando diversas tentativas consecutivas que além de serem feitas sem o consentimento destas mulheres eram realizadas também sem aplicação de anestesia. Somente três das dez mulheres que foram violadas por Sims foram reconhecidas: Anarcha, Betsey e Lucy, sendo que somente em Anarcha o médico chegou a realizar cerca de 30 cirurgias, iniciadas aos 17 anos. (McGregor, 1998, p. 43.)

Este mito da "supermulher" negra é um grande exemplo de como as marcas da escravidão se perpetuam no imaginário social e pode ser ligado diretamente a formas que a violência obstétrica assume atualmente no Brasil. O estigma de resistência a dor é utilizado muitas das vezes para a execução de más condutas na realização do parto de mulheres negras e de formas de violências que se expressam seja exigindo uma resistência maior as contrações do parto ou legitimando que atos cirúrgicos possam ser realizados sem a aplicação de anestesia. A episiotomia, por exemplo, já descrita e criticada nesse artigo como violenta e que não é considerada eficaz na promoção do parto pela própria OMS (mas que continua sendo prática presente na rotina dos partos brasileiros), pelos dados analisados no estudo "*A cor da dor: iniquidades raciais na atenção*

*pré-natal e ao parto no Brasil*” é na maioria das vezes realizada em mulheres negras sem a aplicação de anestesia, em comparação com as mulheres brancas. (LEAL *et al.*, 2017)

Dessa forma, gênero e raça são padrões de dominação em princípio independentes, mas que na realidade social atuam por meio de um complexo entrelaçamento. São categorias que precisam ser lidas mutuamente, visto que em conjunto promovem a potencialização e a produção de diferentes opressões e múltiplas vulnerabilidades sociais. A construção histórica do corpo negro feminino é perpassada por uma trajetória de desigualdades e violências, principalmente no contexto brasileiro, com um legado escravocrata recente, que fundamentam a sociedade e suas instituições por meio racismo. A objetificação e a desumanização do corpo negro são instrumentos da manutenção da ordem e do status quo da sociedade para controlar e dominar estes corpos e delegar os espaços que podem ou não ocupar, definindo as experiências destes sujeitos históricos.

Assim como as categorias gênero e raça interagem e determinam diferentes experiências, vivências e relações sociais, a classe também é uma ferramenta que permite a compreensão mais totalitária da realidade social. Florestan Fernandes fortalece o discurso acerca do legado da escravidão negra e demonstra como a formação das classes sociais no país perpassa diretamente por questões raciais, visto que com o fim do regime escravocrata não houve uma integração do negro como cidadão na sociedade e nenhum processo de fato de libertação social, perpetuou-se a manutenção da exclusão e marginalização da população negra. Os padrões das relações assimétricas juntamente com os estigmas construídos durante os longos anos da escravidão foram sendo incorporados ao novo modelo social e ao sistema de classes, ou seja, não há um rompimento com estruturas sociais e os ideais do passado colonial e escravista.

Na emergência do trabalho livre, as relações sociais passaram a ser regidas pela competição, e os negros, marcados pelos estereótipos de inferioridade/incapacidade, ocupavam desigualmente as posições na disputa pela incorporação ao mercado de trabalho. Eram, dessa forma, relegados a ocupar os postos mais extenuantes e as piores funções, ou seja, “A desintegração da sociedade estamental e de castas não os favoreceu socialmente [os negros], pois eles se convertem, rapidamente, em elementos residuais do sistema social” (FERNANDES 2008, p. 62). Por exemplo, as mulheres negras continuavam servindo as casas dos brancos como domésticas, babás e concubinas, formavam a base da superexploração de trabalho real, não se beneficiando de grandes recompensações deste novo modelo de trabalho “livre”.

A contextualização deste tema é pertinente visto que a fundamentação e constituição deste processo na formação do Brasil se instauram tão fortemente que as condições desiguais de organização social ainda são claras no país, onde maiorias dos negros brasileiros não ascenderam economicamente ou saíram da faixa da pobreza, muito menos deixaram de ocupar o lugar marginal de acesso a áreas básicas, como saúde e educação, que a sociedade e o Estado lhes reservaram, ou seja, é o racismo atuando estruturalmente como forma de excluir essa parte da população, ao passo que primordialmente na manutenção do racismo é que se mantêm os privilégios de classe.

Segundo Abdias Nascimento (1978), em “O genocídio do negro brasileiro”:

“Se os negros vivem nas favelas porque não possuem meios para alugar ou comprar residência nas áreas habitáveis, por sua vez a falta de dinheiro resulta da discriminação no emprego. Se a falta de emprego é por causa de carência de preparo técnico e de instrução adequada, a falta desta aptidão se deve à ausência de recurso financeiro. Nesta teia, o afro-brasileiro se vê tolhido de todos os lados, prisioneiro de um círculo vicioso de discriminação – no emprego, na escola – e trancadas as oportunidades que lhe permitiram melhorar suas condições de vida, sua moradia, inclusive.”

Atualmente no Brasil, dados divulgados pela ONU em parceria com o Ministério da Saúde, determinam que cerca de 80% da população que não tem plano de saúde e utilizam somente os serviços do SUS se autodeclaram negros (pretos ou pardos). Ou seja, assim como menciona Abdias do Nascimento acerca da educação e do trabalho, o acesso a esfera da saúde também não se distribui por acaso na população, dependem principalmente dos padrões socioeconômicos e das formas de estruturação da vida social, amplamente ligadas à questão racial. O acesso a saúde e a potencialidade qualitativa desse atendimento variam dentro das categorias analíticas descritas no trabalho, como raça, classe e gênero, sendo possível mensurar os parâmetros de saúde que as mulheres negras e pobres se vinculam. Submetidas as mais diversas formas de violações de seus direitos, na promoção do parto, especificamente, analisado como um evento onde se exerce

os direitos sexuais e reprodutivos, pode-se observar com os índices de mortalidade materna em mulheres negras e a violência obstétrica nestas principalmente nos hospitais públicos, que o cenário segue a mesma lógica violenta das demais instituições.

#### 4. Jordana e Gisele

O cenário do atendimento a gestação e parto em Juiz de Fora pode ser caracterizado como altamente intervencionista visto que apresentou no ano de 2017 uma taxa de 57,5% de cesáreas realizadas no total dos partos da rede pública (DVEA), percentual 15% maior que a quantidade de partos normais realizados nas maternidades da cidade. Outro índice alarmante da cidade refere-se à mortalidade materna, dado que Juiz de Fora registrou até 2018 uma razão proporcional de 92 óbitos para cem mil nascidos vivos, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) a meta adequada deveria ser de até 35 mortes maternas para cada cem mil nascidos vivos.

Para ampliar a pesquisa e principalmente apreender e relacionar a dimensão subjetiva do universo estudado foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas com mulheres negras (autodeclaradas) da cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais. A proposta é compreender como estas mulheres representam as formas com que a violência obstétrica se expressou em seus momentos de parturientes e como elas significam suas experiências, sejam negativas ou positivas, acerca de seus períodos gravídico-puerperais em comparação com as expectativas que tinham. Além disso, também se buscou compreender como, e se, as mulheres relacionam a violência sofrida como um modo do racismo, em expressão interpessoal. Ou seja, utilizar a metodologia qualitativa para analisar as informações obtidas e contemplar na pesquisa aspectos mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser mensurados, ou reduzidos, a índices e variáveis.

A primeira entrevista foi realizada com a Jordana Dias, de 34 anos e mãe da Sarah. A gestação que ela relatou foi a primeira e única da sua vida e foi totalmente realizada pelo atendimento público de saúde. A segunda entrevista foi realizada com a Gisele Simões que tem 30 anos e é mãe do Antônio. A assistência da sua gestação foi realizada pelo atendimento privado, mas pela mesma maternidade onde realizou-se o parto da Jordana, visto que a instituição atende as duas modalidades. Ambas as mulheres realizaram o parto por via vaginal, mas logo no início da conversa com Jordana, ela disse: “Eu falo parto normal, mas de normal não teve nada na verdade né? Foi normal com fórceps. Foi bem difícil, bem difícil mesmo.” Demonstrando já que sua vivência foi permeada de estranhamentos, incômodos e violências.

Desde o começo da conversa com elas percebi uma grande diferença acerca da informação e conhecimento que possuíam sobre o tema violência obstétrica. Enquanto a Gisele relatou que desde antes da gravidez sempre planejou e idealizou este momento, se preocupava e já tinha tido contato com relatos de violências no parto, a Jordana deixou claro que só compreendeu a violência obstétrica quando sofreu na pele, e depois do seu parto, quando buscou informações sobre o acontecido.

Jordana:

“Ah, se eu soubesse... Só na hora que eu fiquei sabendo, nunca imaginei que seria uma coisa tão assim... Que existia uma coisa tão triste quanto a que eu passei. [...] Eu não sabia, to te falando, nem podia imaginar que isso acontecia. Depois que eu tive a Sarah que eu fui ver vários relatos, mas é assim, vários e vários mesmo.”

Gisele:

“A gente foi muito preparado assim [se referindo a ela e ao marido], tinha sempre dúvidas e tal. Era uma preocupação sabe? Até mesmo pelos relatos que a gente ouve assim... Já tinha lido muitos relatos sobre violência obstétrica, sobre médico que tinha subindo em cima da mulher sabe? E pouco tempo atrás, lendo na internet, até um médico que bateu na gestante... Assim, umas coisas que são inconcebíveis, que você nunca vai imaginar isso, ainda mais nesse momento, sabe? Um momento que é tão delicado.”

Este é um ponto muito importante, visto que a informação permite que as mulheres parturientes tenham conhecimento da gama de violências rotineiras dos serviços de assistência ao parto e possam se posicionar contra este. De acordo com o estudo “*Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas*” muitas mulheres sofrem violências obstétricas e não reconhecem como tal, ou seja, os números que já são

assustadores atualmente no país ainda podem estar mascarando e subestimando um cenário total, visto que muitas das mulheres passaram por estas violências durante a realização de seus partos mas não conceberam como um processo anormal em consequência da naturalização da violência obstétrica. Dessa maneira, a informação de qualidade no período da gestação pode ser uma grande ferramenta para tornar estas mulheres mais conscientes dos processos da gestação e dos processos e sintomas do trabalho de parto, assim como dos direitos sobre seu próprio corpo, proporcionando uma maior segurança para se posicionarem diante de intervenções desnecessárias e defenderem seus direitos, participando ativamente das decisões durante todo o processo.

Um ponto em comum identificado nos dois relatos converge sobre as expectativas e idealizações sobre o momento do parto, em como este momento se constrói tão fortemente e de maneira tão imponente na vida das mulheres e as marcam por toda sua vida. Assim, as violências ou incômodos sofridos neste momento tem um peso muito significativo. O título do artigo aqui apresentado relaciona-se diretamente com essa perspectiva, intencionando a descrever “As dores do parto” não dimensionando as dores “naturais” do parto, fisiológicas, como as contrações que estas mulheres passam, mas sim, discutir e denunciar sobre as dores que marcam o corpo e a mente dessas mulheres como verdadeiros traumas, ou seja, as consequências físicas e psicológicas impressas em suas vidas por terem sido vítimas de agressões e violências durante a gestação e o parto.

Especificamente no caso da Jordana as violências e o mal atendimento proporcionados a ela e, principalmente, a sua bebê durante e após o parto, marcaram fortemente a vida das duas, visto que as lembranças do parto que a mãe tem são ligadas diretamente a tensão, a angústia, ao medo, ao desentendimento e ao desamparo. E marcaram também a própria Sarah que desenvolveu sequelas partidas de convulsões tidas logo após o parto, que como disse Jordana, se tivessem sido monitoradas e cuidadas fielmente pela equipe médica, poderiam mudar o rumo da história das duas.

“Todos os meus sonhos foram roubados como mãe. Eu não penso em ter filho nunca mais na vida, a gente fica traumatizada né?”

“Assim, até hoje é muito difícil sabe? Muito difícil mesmo, a gente sonha ter um filho, ter um parto né, aquilo normal, o que a gente vê e sabe que é o natural da vida. E infelizmente, isso foi tudo roubado de mim, porque eu não tive, eu fui embora pra casa sem a minha menina, a Sarah saiu do hospital só depois de quatro meses. Foram dias difíceis, muitas complicações, e foi tudo roubado de mim... Coisas que nada paga né?” (Jordana)

Sobre as experiências durante o parto, de fato, houve uma grande diferença nos dois relatos que tive contato. Jordana teve um parto, assim como ela significou: “nada normal”, com muitas de intervenções e violências gravíssimas. Para além da Manobra de Kristeller, realizaram nela também a episiotomia e depois de horas de parto, de cansaço físico e emocional, o parto foi finalizado com a utilização do fórceps (de alívio). Jordana disse que diversas vezes durante o parto não entendeu os procedimentos que eram realizados e no geral, quase nada que era feito, ou decisões que eram tomadas, eram apresentadas a ela ou havia algum tipo de preocupação com o consentimento dela.

“A médica não tava me falando nada, nada, nada. [...] “Ai, teve uma hora que subiu um médico e uma enfermeira em cima da minha barriga que era pra fazer força, pra neném nascer, só que não deu resultado nenhum. Ai, a médica me disse que ia apelar pro fórceps, e antes disso eu já tava implorando pra ela fazer uma cesariana, eu falei que pagava... Meu pai vem aqui e paga, mas faz uma cesariana porque eu não to aguentando mais. Mas ela só respondeu que agora não tinha mais jeito não, tinha que ser parto normal. Ai de nervoso assim, eu agarrei no braço de um médico lá pra implorar ele a cesárea e ele só gritou de volta me solta você não pode ficar me agarrando assim não. Naquilo eu fiquei mais tensa ainda né?”

“Na hora que eles usaram o fórceps eu já me senti violentada, mas sem saber disso [se referindo a violência obstétrica]. Porque eu sabia que não usava mais aquilo, mas a médica falava que no momento era o que ela tinha, que tinha que usar esse fórceps de alívio. Mas é violento mesmo, eu me senti muito violentada.”

(Jordana)

Todas as intervenções e manobras realizadas no parto de Jordana são efetivamente contraindicadas pela grande potencialidade de risco e consequências graves que podem gerar para a mãe o bebê. A manobra de Kristeller, o ato de empurrar acima da barriga da gestante para acelerar a expulsão do feto pode causar sérias contusões, hemorragias, lesões nos órgãos, quebra de costelas e etc., e principalmente, o fórceps, que claramente foi identificado como incômodo e violento por parte de Jordana, é um instrumento parecido com uma “grande pinça” e cada ponta se encaixa em volta da cabeça do bebê (sempre ao ser posto em prática necessita da previa realização da episiotomia). Outro ponto que caracteriza fortemente a violência obstétrica que Jordana sofreu é o fato dela sempre reafirmar que “não estava aguentando mais” as dores e, principalmente, querer realizar a cesárea com medo do seguimento do parto normal como estava ocorrendo, com tensão, frieza e desentendimento, e em nenhum momento isso ter sido verdadeiramente ouvido pela equipe médica que a assistia.

Durante a segunda entrevista, Gisele relatou que previamente confeccionou um plano de parto, deixando claro que não desejava nenhum tipo de intervenção, mas combinou com o marido que caso fosse muito necessário, para a saúde dela e do bebê, que permitisse algum tipo de intervenção. Em seu caso, a médica achou necessário que realizasse a episiotomia e esta acabou sendo feita, com o consentimento do marido da Gisele. Este foi um dos incômodos que ela relatou que fez com que o seu parto ficasse um pouco distante das expectativas e dos desejos que ela tinha, juntamente com um exame de toque feito sem seu pleno entendimento ainda no período do pré-natal, nas últimas consultas e no fato da placenta não ter sido mostrada logo após a realização do parto, outro desejo manifestado por Gisele.

“Foi uma experiência boa por conta disso sabe? Por o Antônio ter nascido ótimo, por eu ter conseguido ter o parto normal, eu tinha muito medo de cesárea, acho que o meu medo maior era ir para cesárea. Então tirando a piadinha no final e a minha placenta que eu não vi [risos], o pique... Acho que foi “tranquilo” assim. O pique foi necessário, mas pra mim eu poderia ir sem, eu aguentaria, já tava ali mesmo e tanto faz né.” (Gisele)

Assim, demonstra-se de maneira perceptível uma decepção e uma série de incômodos comuns as duas mulheres referente a momentos de desentendimentos acerca dos procedimentos que eram realizados em seus corpos, e um certo desamparo recebido principalmente durante o processo pré-parto, durante o período das contrações. As duas relataram que foram deixadas com seus acompanhantes na sala da maternidade e que só tinham contato com médicos e enfermeiros em intervalos com cerca de uma hora, que passavam para verificar os batimentos cardíacos dos bebês e a crescente do nível de dilatação delas. Ou seja, os relatos mostram que faltou um atendimento mais acolhedor, que proporcionasse as mulheres um maior entendimento acerca do que estava acontecendo no parto.

“Eu fiquei em trabalho de parto a noite inteira, porque eu tinha feito um plano de parto e eu não queria nenhuma intervenção. Não queria tomar remédio nenhum, não queria ocitocina, não queria nada. Ela [a médica] respeitou isso, ao ponto de ela também nem ficar muito lá. Ela ia ver se o bebê tava bem de uma em uma hora, praticamente, mas eu esperava que tivesse alguém pra me orientar em algumas coisas, tipo de qual posição que seria melhor, o que eu poderia fazer pra respirar melhor.” (Gisele)

Por fim, em relação a dimensão racial expressa pela esfera interpessoal das relações (ou seja, não no aspecto institucional, como já descrito no artigo), nenhuma das duas mulheres entrevistadas se referiu a nenhum tipo de discriminação direta. As duas, pelo contrário, elogiaram as equipes de enfermagem da assistência de parto e/ou o de atendimento da emergência, assim que chegaram à maternidade. Um aspecto interessante acerca deste ponto é que na entrevista com a Gisele houve o relato de uma preocupação prévia, um medo acerca dessa discriminação que ela relacionou com outros âmbitos da sua vida também, não só da esfera da saúde. Relação importante e que se liga diretamente aos aspectos da estruturação da sociedade baseada na diferenciação racial, na presença do racismo na composição de todas as instituições da sociedade, apresentados neste artigo pelas citações referentes a Florestan Fernandes e Abdias Nascimento.

“Eu ficava muito com medo disso, de ter essa diferença, de me tratarem diferente por eu ser negra. Na verdade, a gente sempre tem esse medo... Quando a

gente ta na faculdade, quando a gente vai concorrer uma vaga de emprego, quando a gente ta no médico... Eu sempre tenho esse medo. Mas se teve eu não discriminação eu não senti.” (Gisele)

## 5. Considerações Finais: O parto humanizado como estratégia de enfrentamento

O artigo apresentado abordou as várias expressões que a violência obstétrica assume durante o período da gestação, desde o pré-parto até o pós-parto, descortinando as diversas práticas realizadas cotidianamente na assistência materna que submetem as mulheres a maus-tratos, agressões e humilhações. Isto é, a violência se naturaliza nas instituições de saúde, nos atos e processos conduzidos pelos profissionais, e o saber biomédico domina e impera como inquestionável, traçando a intervenção e o controle como primordialmente necessários e sinônimos de qualidade.

Assim, primeiramente direcionou-se o enfoque a crítica da estrutura deste sistema biomédico, analisando as raízes sócio históricas que fundamentaram a constituição atual deste, que age sobre as mulheres subjugando-as e violentando seus corpos através da exacerbada medicalização e da patologização, somada as perspectivas intervencionistas, de processos fisiologicamente naturais. Secundamente, buscou-se apresentar por quais motivos as mulheres negras são os maiores alvos da prática desse modo de violência no Brasil, ligando diretamente os resquícios históricos da escravidão e perpetuação de estigmas inferiorizantes acerca da população negra, especificamente das mulheres negras, à atuação do racismo institucional nas mais diversas esferas da sociedade, incluindo o âmbito da saúde. Ou seja, a hipótese apresentada vincula a dimensão de gênero a dimensão racial, e conseqüentemente, a classe social, demonstrando como essas categorias e dimensões se somatizam e potencializam as condições de vulnerabilidade.

Por fim, como contraponto, se faz de extrema necessidade e importância abrir espaço para o entendimento e a promoção do processo de humanização do parto como a principal estratégia de enfrentamento ao modelo de assistência médica violentamente hegemônico. A humanização permite o retorno da perspectiva do ato de parir como um processo “natural” do corpo da mulher, sendo visto de maneira fisiológica e não patológica. Ao considerar esta perspectiva natural de parir, de maneira alguma pretende-se retornar ao discurso que pauta um destino biológico das mulheres a maternidade ou determinar que a plena maternidade somente se faria válida na execução de um parto domiciliar e afastado de qualquer tipo de intervenção. (PULHEZ, 2013) Se intenciona a promover a perspectiva de humanização como exaltação da saúde em contexto amplo, de uma assistência mais humanizada respeitando as escolhas e os direitos da parturiente e oferecendo-lhe as informações necessárias a respeito das etapas da gestação e do trabalho de parto, por exemplo. É se pautar evidências científicas atuais e em posicionamentos da Organização Mundial da Saúde que consideram as intervenções e a medicalização em excesso como desnecessárias e em muitos casos prejudiciais a mulher e ao bebê.

A humanização abrange muito mais que estruturas hospitalares com “salas de parto humanizadas”, que são inclusive de difícil acesso e excluem um grande contingente de mulheres – perspectiva que se articula ao debate entorno das iniquidades da saúde em relação a raça e a classe, trabalhadas neste artigo. A humanização do parto deve sobre as mulheres como sujeitos ativos na realização de seus partos e se constituir a assistência destes com transparência. É promover a produção e divulgação de conhecimentos sobre a gestação, o parto, e o próprio cenário de violências atuais na assistência materna, para que as parturientes tenham acesso a informações de qualidade acerca das opções, tipos de parto, riscos, vantagens e desvantagens, e possam dessa forma, delinear quais caminhos pretendem ou não percorrer. Ou seja, é promover de fato o bem-estar e da saúde dessas mulheres, o conforto, acolhimento e segurança destas, um processo de empoderamento e exaltação da autonomia em seu momento de parturição, e o seu protagonismo frente suas escolhas, sejam estas quais forem, e seus direitos.

### Referências:

BARRETO, Raquel de Andrade. **Enegrecendo o feminismo ou feminizando a raça: narrativas de libertação em Angela Davis e Lélia Gonzáles**. 2005, Rio de Janeiro.128f. Dissertação (Mestrado em História Social da Cultura) - Centro de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

CARNEIRO, Sueli. (2003). **Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero**. In Ashoka Empreendimentos Sociais & Takano Cidadania (Orgs.), *Racismos contemporâneos* (pp. 49-58). Rio de Janeiro: Takano Editora.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**. Tese. Doutorado em Ciências Sociais. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. 9 de julho de 1994.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. Tradução: Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

FERNANDES, Florestan. **A Integração do negro na sociedade de classes: o legado da raça braça**, Vol. I. 5ª Ed. São Paulo: Globo, 2008. (1ª Ed. 1965)

GONZALEZ, Lélia. **Racismo e sexismo na cultura brasileira**. In: SILVA, L. A. et al. Movimentos sociais urbanos, minorias e outros estudos. *Ciências Sociais Hoje*, Brasília, ANPOCS n. 2, p. 223-244, 1983.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1994.

LEAL, Maria do Carmo. *et al.* **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**. Cad. Saúde Pública [online]. 2017, vol. 33.

LEVANTAMENTO NACIONAL DE INFORMAÇÕES PENITENCIARIAS, **INFOPEN MULHERES** - 2º edição. Brasília, DF. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional, 2017.

LIMA, Kelly Diogo de. **Raça e Violência Obstétrica no Brasil**. 2016. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2016.

LÓPEZ, L.C. **The concept of institutional racism: applications within the healthcare field**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.40, p.121-34, jan. /mar. 2012.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MC GREGOR, Deborah K. (1998) **From Midwives to Medicine: The Birth of American Gynecology**. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

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

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Quase 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/quase-80-da-populacao-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra/amp/> Acesso em: 21 de junho de 2019

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NASCER NO BRASIL. **Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, 2014.

NASCIMENTO, Abdias. **O Genocídio do Negro Brasileiro. Um processo de Racismo Mascarado**. 1. ed. - São Paulo: Perspectivas, 2016.

OLIVEIRA, M. C., MERCÊS, M. C. **Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas**. Rev Enferm UFPE On Line. Recife, 11(Supl. 6):2483-9, jun., 2017



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra (SUI): OMS; 1996.

**O Renascimento do parto** (2013), filme de Érica de Paula e Eduardo Chauvet.

PASCHE, D.F.; VILELA, M.E. de A.; MARTINS, C.P. **Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado.** *Rev Tempus Actas Saúde Col*, Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

PENA, R. M. O. **Vidas Cortadas: a violência obstétrica sob uma perspectiva de gênero.** 2015

PULHEZ, Mariana Marques. **“Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de 'violência' e 'vítima' nas experiências de parto.** *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 12, n. 35, pp. 544-564, agosto de 2013

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”.** 2012. Disponível em: [<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>] Acesso em: 02 de maio de 2019.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher.** 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. *Antropologia & Saúde collection*, p. 224.