

Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras

Racial disparities: an analysis of obstetrical violence among Afro-Brazilian women

Kelly Diogo de Lima (<https://orcid.org/0000-0002-4338-9410>)¹

Camila Pimentel (<https://orcid.org/0000-0002-7511-9925>)²

Tereza Maciel Lyra (<https://orcid.org/0000-0002-3600-7250>)²

Abstract *The objective was to understand and analyze the experiences of Afro-Brazilian women regarding pregnancy, delivery and postpartum care. It involves empirical research, with a qualitative approach. Women were interviewed who declared themselves black or colored and were attended in the public health services in the municipalities of the State of Pernambuco. The narratives were collected through semi-structured interviews. The Content Analysis technique was used. The narratives addressed the issues of obstetric violence and institutional racism. The intersection of levels of oppression such as race, class and gender are determinant in interventions and abusive practices in the helathcare that involves childbirth. The conclusion drawn is that structural racism hinders and denies access to black women to their reproductive rights.*

Key words *Healthcare disparities, Delivery, Gender-based violence, Reproductive rights*

Resumo *Objetivou-se compreender e analisar as vivências de mulheres negras acerca dos cuidados na gestação, no parto e no pós-parto. Trata-se de uma pesquisa empírica, de abordagem qualitativa. Foram entrevistadas mulheres que se autodeclararam negras ou pretas e que passaram pelos serviços públicos de saúde nos municípios de Pernambuco. As narrativas foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada. Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. As narrativas discorrem sobre os temas da violência obstétrica e do racismo institucional. A interseção de eixos de opressão, como raça, classe e gênero, são determinantes nas intervenções e práticas abusivas na atenção que envolve o parto. Conclui-se que o racismo estrutural dificulta e nega o acesso das mulheres negras aos seus direitos reprodutivos.*

Palavras-chave *Disparidades em assistência à saúde, Parto obstétrico, Violência de gênero, Direitos reprodutivos*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R. São Francisco Xavier 524, bloco E, 7º andar, Maracanã. 20550-900 Rio de Janeiro RJ Brasil.

k.diogolima@gmail.com

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Pernambuco). Recife PE Brasil.

Introdução

O presente texto tem como objetivo debater a violência obstétrica, a fim de dar visibilidade aos entraves e dificuldades enfrentados pelas mulheres negras em Pernambuco. Os estudos feministas sobre a ciência argumentam que a produção de conhecimento, de forma ampla, é perpassada pelos valores e normas socioculturais nos quais o sujeito produtor de conhecimento está inserido. Durante muito tempo, essa produção de conhecimento foi feita, de forma hegemônica, por homens brancos, heterossexuais e de classe média. Tais condições de possibilidade na produção científica e acadêmica consolidaram epistemologias androcêntricas. Assim, as feministas levantaram críticas ao domínio masculino sobre os corpos das mulheres e ao interesse da medicina ocidental e do Estado no controle da sexualidade e da reprodução. Elas são contrárias a um modelo de assistência que limita as decisões da mulher, reduzindo-a a um corpo passivo e sujeito a falhas, ou seja, uma atenção que persiste na patologização e medicalização dos processos reprodutivos.

O termo “violência obstétrica”, advindo do movimento de mulheres, atualmente é usado para tipificar e agrupar formas variadas de violência, agressões e omissões praticadas na gestação, no parto, no puerpério e no atendimento às situações de abortamento. Inclui maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos considerados na literatura médica como desnecessários e danosos, entre os quais a cesariana sem evidência clínica^{1,2}. Outros termos, como violência institucional e de gênero, violência no parto e violência na assistência obstétrica, circulam no mesmo campo semântico para expressar as agressões e negligências durante o ciclo gravídico-puerperal. Nesse sentido, é possível inferir que a violência obstétrica “representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde”¹.

Esse arcabouço amplo em que se situa a conceituação da violência obstétrica, incluindo não apenas o campo da clínica médica, mas o dos direitos humanos (no qual também estão contidos os direitos sexuais e reprodutivos), não se apresenta de forma simples e sem contradições. Por um lado, podemos compreender a importância do termo como uma força motora para que os movimentos sociais e as pesquisas ligadas ao tema produzam importantes debates e consensos conceituais, contribuindo para a construção de evidências que visem combater as práticas estru-

turantes que reproduzem a violência. Por outro, identificamos que o próprio termo gera polêmicas semânticas em que se deduz que o termo “obstétrica” conduziria a compreensões de que as práticas consideradas violentas seriam aquelas advindas exclusivamente da classe médica.

Parte desse debate terminológico (e também político) se reacendeu no início de 2019, quando o Ministério da Saúde (MS)³ veiculou uma nota afirmando ser contrário ao uso do termo violência obstétrica, sugerindo o não uso do mesmo por considerar que a falta de consenso pode gerar prejuízos para o desenrolar da assistência. Em seguida, o Conselho Federal de Medicina (CFM)⁴ também soltou uma nota para a imprensa e a população em consonância com a postura do MS, adicionando ao tema o argumento de que a expressão “agride a comunidade médica, de modo mais direto ginecologistas e obstetras”. Houve reação por parte dos movimentos sociais ligados à assistência ao parto, assim como do Ministério Público Federal (MPF)⁵, que na recomendação nº 29/2019 reforça a necessidade do debate sobre a violência obstétrica e que o MS, antes de sugerir o não uso do termo, atue no combate às práticas consideradas violentas.

Seguindo a orientação do MPF, acreditamos que o debate sobre a violência obstétrica contribui para uma melhor compreensão das mudanças necessárias para se atingir uma assistência digna, respeitosa e de qualidade ao ciclo gravídico-puerperal e às situações de abortamento. Esse debate se delinea como urgente em um país onde a taxa de mortalidade materna ainda é alta (59 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, em 2017^{6,7}). Algumas práticas realizadas na assistência obstétrica continuam em dissonância com as recomendações mundiais. Um estudo de abrangência nacional⁸ entre os anos de 2011 e 2012 aponta que 52% dos partos são realizados por via cirúrgica, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁹ recomenda que essa taxa não ultrapasse 15%. Entre as que tiveram seus filhos por via vaginal, apenas 5,6% das parturientes não sofreram nenhuma intervenção. Vale frisar que esse percentual retrata uma atenção que se mostra intervencionista, ou seja, que o uso de técnicas, manobras ou medicações não estão ocorrendo com a justa necessidade. E, ainda, quando se analisa tais dados a partir do marcador raça, é possível perceber que os riscos para as mulheres negras são ainda maiores. É nesse sentido que analisamos as práticas no contexto obstétrico, para apontar a reprodução de hierarquias com relação a classe social, raça, etnia e

também de sexualidade. Além da normalização e impunidade em relação ao corpo feminino, reproduz-se desigualdades estruturais mais amplas¹⁰. Retomando as análises do estudo citado, verificou-se os piores índices no uso de boas práticas no parto (ingestão de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, mobilidade e uso de partograma) nas regiões Norte e Nordeste.

Em 2015, estimou-se que o percentual de mulheres negras no Brasil era de 52,7%, e de mulheres indígenas 0,4%¹¹. Quando analisamos os dados referentes à saúde reprodutiva e obstétrica, eles denunciam disparidades raciais no acesso e na qualidade da atenção. Estudo transversal¹² realizado em um hospital público apontou que a hipertensão crônica é significativamente maior em gestantes negras. No entanto, o mesmo comportamento não foi evidenciado com relação à pré-eclâmpsia, possivelmente pelo número adequado de consultas pré-natais entre as participantes. No Brasil, as mortes maternas de mulheres negras são cerca de duas vezes maior em comparação às de mulheres brancas. A principal causa desses óbitos maternos e a hipertensão, em particular a eclâmpsia¹³.

Uma análise sobre as disparidades raciais nos cuidados obstétricos observou que, quando comparadas às brancas, as mulheres que se autocalificam como pardas (a partir da classificação do IBGE) apresentam maior risco de pré-natal com menos consultas e ausência de acompanhante. As que se classificam como pretas, além dos riscos anteriores, são maioria entre as que relatam ausência de vínculo com a maternidade de referência, peregrinação e que apresentam riscos mais elevados de não receber anestesia local quando realizada a episiotomia¹⁴. Analisando os percentuais de mulheres que relataram violência verbal, física ou psicológica no atendimento ao parto, esses foram maiores para as negras, de menor escolaridade, com idade entre 20 e 34 anos e nordestinas¹⁵. No pós-parto, as mulheres negras são mais vulneráveis ao risco de infecção no sítio cirúrgico após a cesariana, agravo que tem íntima relação com a baixa qualidade dos cuidados puerperais¹⁶.

Dessa forma, como raça, gênero e condição socioeconômica se sobrepõem e constroem hierarquias no acesso e na qualidade da assistência obstétrica? Questionando o suposto universalismo da categoria mulher nos estudos referentes ao gênero, feministas negras irão enfatizar a interseção de sistemas opressivos e como, em especial, as mulheres subjugadas racialmente se encontram nesse local de “cruzamentos”. Nesse aspecto, o gê-

nero, como categoria central de análise, mostra-se insuficiente para evidenciar as experiências e complexidades daquelas submetidas às múltiplas formas de opressão.

A escritora norte-americana Kimberlé Crenshaw¹⁷ afirma que as experiências de mulheres que vivenciam discriminações étnicas e raciais são despercebidas quando se aborda mais amplamente a questão da raça e do gênero. Apesar de não ter sido a primeira a teorizar sobre os diversos eixos, a autora cunhou o conceito de interseccionalidade. Este trata especificamente da forma pela qual o racismo, o sexismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios se combinam e se sobrepõem, criando desigualdades básicas que estruturam as posições relativas das mulheres. O consenso é que a raça, a classe e o gênero estruturam e legitimam as desigualdades sociais.

É sob essa lente analítica que este artigo tem como objetivo compreender e analisar as vivências de mulheres negras nos cuidados do parto. Foram abordadas de que formas se reproduzem, legitimam e persistem certas intervenções na assistência à gestação e ao parto nos serviços públicos de saúde. À luz das teorias que versam sobre os estudos de múltiplas interseções, oferecemos uma análise das causas e dos efeitos das desigualdades sociais na atenção e nos cuidados que envolvem a gestação e o parto de mulheres negras.

Método

O presente artigo é parte da dissertação escrita pela primeira autora, defendida em 2018, que entrevistou apenas mulheres negras. Realizou-se uma pesquisa empírica de abordagem qualitativa, salientando-se o caráter indispensável das experiências vividas pelas mulheres¹⁸. Nessas entrevistas qualitativas, nossas interlocutoras trouxeram suas experiências durante a gestação, o parto e o pós-parto. Os critérios adotados na seleção das entrevistadas foram: autodeclarar-se negra ou preta; ser maior de 18 anos; ter filhos de até dois anos; e que tenha passado pelos serviços públicos de saúde (SUS) em algum momento durante esse ciclo. A participação das escolhidas ocorreu considerando a disponibilidade e o interesse em fazer parte do estudo. Inicialmente, convidamos mulheres de um terreiro de matriz africana, em Olinda (PE), indicadas por lideranças locais. A partir desses sujeitos iniciais, foram indicadas novas participantes entre suas redes de contatos.

O período de campo foi de dois meses, transcorridos entre outubro e novembro de 2017. As participantes são residentes de Olinda, Recife e Região Metropolitana, e em geral pertencem aos estratos socioeconômicos mais baixos, apesar de a maioria ter ensino superior. Para este artigo, nos dedicaremos a analisar as diversas formas de violação obstétrica nos serviços de saúde. Dessa forma, escolhemos narrativas criadas a partir da seguinte pergunta central: “Como foi o parto do seu filho/a?”, desdobrando-se em outras por meio de um questionário semiestruturado. Também foi perguntado: “Houve algum procedimento que você não gostou?”; “Se pudesse, mudaria alguma coisa no atendimento ao parto? Se sim, o quê?”; “Como foi a relação com os profissionais que a atenderam/auxiliaram no parto?” etc.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. O plano de análise baseou-se na análise de conteúdo de Bardin¹⁹, que consiste em um conjunto de técnicas aplicadas no campo das comunicações. Tanto pode ser uma análise dos significados (análise temática) quanto dos significantes (análise léxica), sistematizando e interpretando de modo objetivo o conteúdo manifesto das comunicações.

Foi sugerido que elas indicassem os nomes fictícios de sua própria escolha, preservando assim o anonimato. Outros nomes citados pelas participantes, como os de companheiros/maridos, familiares ou maternidades foram substituídos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz) e as entrevistas foram aplicadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Resultados e discussões

Ao longo da pesquisa de campo, foram realizadas nove entrevistas qualitativas, no entanto, para este artigo, apenas os materiais de seis entrevistas foram utilizados, permitindo uma melhor compreensão do fenômeno estudado. O Quadro 1 resume os aspectos sociodemográficos de nossas interlocutoras. No que se refere à quantidade e à idade dos filhos(as), uma das mulheres tinha dois filhos(as), um(a) de quatro anos e outro(a) de 1 ano, e as outras cinco tinham apenas um(a) filho(a), com idades variando entre um mês e um ano e três meses de vida. Em relação à renda, a menor renda familiar mensal relatada foi de R\$ 800,00, e a maior, R\$ 3,700,00. Todas as participantes tiveram assistência pré-natal e ao parto no

SUS, apenas uma participante tinha plano privado de saúde.

A partir do conjunto de entrevistas coletadas, abordamos os relatos de gestação e parto com o objetivo de ressaltar as práticas institucionalizadas de assistência. Nesse sentido, foi possível observar, a partir das narrativas, episódios de violências obstétricas de caráter físico, verbal e institucional. É importante ressaltar que as violações e as más práticas não ocorrem em todas as salas de parto do país, no entanto neste estudo foram menos frequentes os relatos de uma assistência ao parto respeitosa e com o mínimo de intervenções obstétricas. Por outro lado, percebemos que o silenciamento da mulher negra pelos profissionais de saúde, sobretudo pelos(as) médicos(as), com violações de direitos concedidos por lei, o autoritarismo e a forma como ignoram suas dores ainda são muito presentes nas falas.

Dessa forma, apresentamos um conjunto analítico composto por categorias que emergiram do campo de estudo, delineado pelos itinerários que as participantes da pesquisa narraram. A partir dessas experiências, e considerando a realidade obstétrica como um microcosmo²⁰, é possível analisar as relações sociais, os valores culturais e as práticas de saúde presentes na assistência ao parto.

A cesariana e a busca por consentimento

Hoje no Brasil a cesariana é a via de nascimento mais comum, portanto vista de forma normalizada dentro de nossa cultura²¹. Ainda que a taxa nacional de cesarianas seja alta, é notório que o setor privado puxa a média para cima (88% ocorrem nesse setor)⁸. Contudo, o SUS também apresenta uma alta quantidade de cesarianas (cerca de 46%)⁸. Nesse cenário, mulheres que buscam a possibilidade de ter um parto por via vaginal enfrentam dificuldades e resistências, à medida em que a possibilidade do parto normal tem sido simbolizada como algo antigo, atrasado ou mesmo perigoso²¹. Tais questões ficam evidentes no relato de Magnólia, diagnosticada com miomas uterinos aos três meses de gestação, que narra como foi pressionada por um médico particular a marcar sua cesariana com antecedência. “O médico disse que eu tava ‘acabada’. Disse que não sabia nem como essa criança vai sobreviver dentro de mim. ‘Levante as mãos pro céu! Se bobear essa criança [...] tá pra nascer em fevereiro? Não, não sei. Acho que a gente vai tirar, vai tirar ela em janeiro’, ele disse.”

Diante do exposto, é preciso pensar sobre as relações de poder que permeiam o encontro

Quadro 1. Caracteres sociodemográficos das mulheres entrevistadas, Pernambuco, 2017.

| Nome fictício | Idade | Escolaridade | Ocupação | Tipo de parto | Estado civil | Religião |
|---------------|---------|-----------------------|------------------------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Loní | 22 anos | Ensino médio completo | Autônoma | Cesáreo e normal | Casada | Candomblé |
| Magnólia | 32 anos | Ensino superior | Professora e contadora de estórias | Normal | União estável | Candomblé |
| Zizi | 26 anos | Ensino superior | Desempregada | Cesáreo | União estável | Católica |
| Sol | 28 anos | Mestrado incompleto | Professora de artes | Normal | Solteira | Umbanda |
| Andressa | 33 anos | Mestrado | Desempregada | Cesáreo | União estável | Espírita Kardecista |
| Laura | 21 anos | Ensino médio completo | Desempregada | Normal | União estável | Sem religião |

Fonte: Elaborado pelas autoras.

entre usuárias e profissionais médicos, e no caso específico deste trabalho, entre as parturientes e a equipe de saúde. Na relação médico-paciente há uma interação assimétrica modulada pelo saber e o poder²², ou seja, baseia-se no pressuposto de que o conhecimento formal e perito ocupa um lugar privilegiado, conformando assim uma hierarquização de saberes²³. Tal assimetria se revela mais forte se adicionamos outros marcadores sociais, como raça e classe. Nesses encontros, quando “o paciente” é uma mulher negra, tal assimetria é reforçada não apenas pelos mecanismos de opressão de gênero, mas pela raça. A autoridade imposta pelo médico nas decisões terapêuticas que envolvem o parto, muitas das quais sem respaldo clínico, reflete uma desigualdade entre usuários e profissionais legitimada pelo saber e a prática da medicina²⁴.

Embora a literatura médica indique um aumento de chances de cesariana em gestantes com miomas²⁵, a presença de miomas não constitui uma indicação absoluta para a via cirúrgica. Nesse sentido, tendo em vista que a entrevistada ainda se apresentava no primeiro trimestre de gestação, possivelmente era muito cedo para afirmar que a única de via de nascimento do seu filho(a) seria a cirúrgica. A estratégia de provocar medo na gestante é muito utilizada como forma de responsabilizá-la pelos possíveis riscos para a criança. A responsabilidade é direcionada à mulher, que se sente pressionada pelo profissional, e em muitos casos pela família, diante da possibilidade de “gerar” um bebê morto, além do julgamento com relação ao descuido com sua própria saúde. Em uma sociedade em que o status do feto

acaba se sobressaindo e que projetos de lei, como o Estatuto do Nascituro, reforçam esse aspecto, é habitual que mulheres sejam induzidas a procedimentos cirúrgicos que antecipam o momento do parto, sob a penalidade de serem julgadas ou mesmo criminalizadas por qualquer decisão contrária²⁶. Magnólia se mostrou contrária à decisão do médico de agendar a operação cesariana: “Chegar e falar que vai abrir minha barriga e tirar minha filha um mês antes dela nascer? Eu não concordo com isso! [...] A criança tem o tempo dela e ela veio no tempo que era pra vir, do jeito que ela quis.”

Apesar dos medos e incertezas que passou na gestação e de outros episódios de violência, Magnólia teve um parto vaginal, como desejava desde o início, e descrito por ela como “um parto humanizado” em uma maternidade pública do Recife (PE).

Ausência institucional como forma de violência

Desde o lançamento do Programa Rede Cegonha, um dos principais aspectos enfatizados é a importância da vinculação da gestante, com o objetivo de combater a peregrinação. Contudo, esse continua sendo um problema recorrente na assistência ao parto²⁷. No acesso aos serviços de saúde, a incerteza sobre o local de parto foi relatada com angústia pelas participantes. “Uma das minhas angústias era, quando eu tiver na hora de parir, eu vou pra onde? Eu não gostava dessa incerteza, isso me aterrorizava! De chegar na hora do parto e não ter pra onde ir, de eu não saber

onde ficar, e se eu ficar no corredor?! Isso por si só já é uma violência, né?! Uma violência na sua cidadania. Porque você já tá de nove meses, com a barriga enorme, e você não sabe pra onde vai?! Acho de uma violência” (Andressa). “Eu olhava para o João, meu marido, e perguntava: ‘Onde que minha filha vai nascer, heim?’ Não sabíamos e faltava poucas semanas tecnicamente” (Magnólia).

A não vinculação da gestante à maternidade aponta falhas na rede pública de saúde responsável por organizar a atenção materna em sua respectiva região. Isso pode gerar um tipo de violência que é a “peregrinação” de gestantes para conseguir internação no momento do parto.

A peregrinação é um grave obstáculo para a melhoria da qualidade da assistência obstétrica no Brasil. Em 2007, foi promulgada uma lei que assegura a vinculação da gestante ao serviço hospitalar onde será realizado seu parto, no âmbito do SUS (Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007)²⁸. A precariedade dos hospitais e sua incapacidade de dispor de leitos e vagas suficientes estão associadas aos desfechos desfavoráveis à saúde materna e perinatal.

As incertezas sobre o local de parto e a peregrinação recaem de forma particular sobre as mulheres negras, gerando condições de vulnerabilidade. Estudos^{14,29} revelam que as negras, quando comparadas às brancas, recebem menos orientações e são menos vinculadas à maternidade de referência, gerando um maior risco de peregrinação na hora do parto. Por estarem menos vinculadas à maternidade e por receberem menos informações no pré-natal, os riscos obstétricos são maiores para as mulheres negras. Os mecanismos institucionais de violações de direitos contribuem para a perpetuação de abusos e violações dos direitos das mulheres²².

Obediência e cooperação: condutas na hora do parto

Outro aspecto importante a ser destacado nessa relação entre a assistência ao parto e o debate sobre a violência obstétrica diz respeito às posturas autoritárias de profissionais de saúde e à consequente desvalorização e falta de reconhecimento social das parturientes. Nesse sentido, destacamos aqui algumas das práticas nomeadas como violências obstétricas e que ainda estão muito presentes na rotina de alguns hospitais: o toque vaginal doloroso e repetitivo, a episiotomia (incisão no períneo) e a manobra de Kristeller (pressão no fundo uterino). A respeito das duas

últimas práticas, pesquisas apontam que seus benefícios são inconclusivos, não sendo recomendadas em nenhuma situação³⁰. Sobre o toque vaginal, as entrevistadas narraram:

“Uma coisa que eu não aguentei foi o toque, levei muitos. Acho que o último que eu levei foi pro menino sair [...] foi cerca de uns seis toques. Ela disse: ‘Vou dar um toque em você!’ Aí abriu uns centímetros de dilatação. Eu gritei: ‘Meu Deus do céu!’ Ela disse: ‘Não faça escândalo, não!’” (Loni).

“É muito dolorido aquilo, ela mete a mão toda. Uma [mão] enfia na vagina, a outra aperta na barriga. Dói, nunca senti tanta dor. Eu gritei, mandei ela parar, é muita dor! Ela disse: ‘Tu aguenta viu?!’” (Zizi).

“Levei o toque pela primeira vez, tava morrendo de medo porque todo mundo dizia que doía, mas não doeu, ela foi bem cuidadosa. Depois eu levei outro toque, que esse toque me ‘lascou’ todinha. Ela dizia: ‘Relaxe, relaxe!’. Ela falava isso e empurrava mais o dedo” (Sol).

Um dos preceitos da humanização da assistência ao parto, presente no Programa de Humanização do Parto e Nascimento, é a atenção ética e solidária por parte dos profissionais de saúde³¹. Apesar dessa recomendação, percebe-se que o não reconhecimento das experiências de dor e incômodos das mulheres acaba se caracterizando como uma estratégia de silenciamento, uma vez que, ao relativizar a dor provocada, reprende-se o sentimento expressado e determina-se que as mulheres devem suportar a dor. É comum ouvir do profissional de saúde a seguinte frase: “Na hora de fazer gostou, agora tem que aguentar!” Castro e Erviti²⁰ ressaltam os significados diante de tal mecanismo de repressão: a mulher deve suportar calada qualquer dor referente ao processo de parto uma vez que, em outro momento, desfrutou do prazer sexual.

A rotina hospitalar exige que as mulheres sejam dóceis em suas condutas, a fim de receber as intervenções médicas rotineiras sem muitos questionamentos. Uma das condutas passadas às mulheres, de forma velada ou abertamente, vista na fala “Não faça escândalo!”, é de que devem obedecer e cooperar. Essa é a lógica institucional imposta: médico/protagonista/poder ilimitado e parturiente/papel de cooperar/poder limitado²².

A figura da mulher “escandalosa” é um problema para a equipe de saúde, pois quebra o processo de submissão e disciplinamento. Essa mulher “indisciplinada” frequentemente sofre maus tratos físicos e psicológicos, são muitas vezes abandonadas pela equipe, recebem menos medi-

cação para dor e escutam comentários agressivos como os narrados acima³².

Nos relatos, evidenciamos que a dor provocada diante da manipulação mecânica e abusiva do órgão feminino resulta em uma experiência negativa já no primeiro momento da admissão hospitalar. Em geral seu uso permite identificar informações relevantes e deve ser utilizado para tomar decisões baseadas em evidências reais. No entanto, quando realizado de forma irrestrita, provocando dor excessiva à mulher, se configura como um abuso, uma violência obstétrica no trabalho de parto³².

Além da realização dessa manipulação vaginal desnecessária, a entrevistada Loní narra outras duas intervenções desnecessárias, como a prática da compressão abdominal e a episiotomia na assistência ao parto de seus dois filhos:

“Só do primeiro que precisou subir na minha barriga por causa que eu tava anestesiada. Aí subiu um ‘monstro’ em cima de mim e empurrou ele pra fora. Ela fez força mesmo, parecia um rolo compressor o braço dela. Depois ela disse: ‘Eu tive que fazer, me desculpe?!’ É, fazer o quê? O que eu podia fazer?!” (Loní).

“O primeiro ia ser cesárea, mas o menino nasceu normal. Fizeram dois cortes ‘embaixo’. Um de lado, que demorou pra cicatrizar o ponto, e um reto pra baixo” (Loní).

Diante da violência que sofreu, Loní se questionou: “O que eu podia fazer?” O desconhecimento acerca dos abusos experienciados fazem com que muitas parturientes incorporem a necessidade de alguns procedimentos, externando aceitação ou consentimento. Algumas mulheres naturalizam certos abusos médicos, adotando uma postura de conformidade²². É importante ressaltar que a manobra de Kristeller já se configura como um procedimento não recomendado pela OMS⁹, pela possibilidade de causar danos à saúde materna e por estar associado a desfechos desfavoráveis ao recém-nascido.

Nas desigualdades de raça/cor, segundo estudo de Leal e colaboradores¹⁴, as mulheres pardas e pretas, quando comparadas às brancas, têm menores chances de serem submetidas ao corte vaginal. Contudo, quando esse procedimento é realizado, as pretas recebem menos anestesia local. Imagina-se que tais resultados expressam os estigmas que reforçam uma construção da mulher negra “parideira”, o que dispensaria a “necessidade” de um corte, e da mulher negra “forte”, mais resistente a dor.

Na experiência de Laura, ela conta que praticamente não houve intervenções médicas duran-

te o trabalho de parto de sua única filha: “[...] o dia que eu fui parir eles praticamente não tocaram em mim, só na hora de ‘costurar’”, relatou. No momento expulsivo, ela afirma a ocorrência de laceração, assim a médica que assistiu seu parto optou por fazer uma sutura nos pequenos lábios vaginais. Poucos dias após o parto, ela conta que teve problemas nos pontos, que abriram. Procurou então assistência médica, iniciando uma jornada por atendimento:

“A doutora que me atendeu falou que isso não era nada de mais, que era uma ‘coisinha’ e que dava pra ela fazer, mas como tinha pontos ainda cicatrizando ela não ia mexer, que eu teria que voltar depois. Aí eu esperei um tempo e voltei, aí quando eu voltei já era outra médica que me atendeu super mal, praticamente me humilhando lá. Dizendo que ninguém iria ‘meter a mão’ em mim, que quem fez tinha que ajeitar, e que eu poderia conviver muito bem com isso” (Laura).

A entrevistada buscou pela médica que auxiliou seu parto, mas não conseguiu encontrá-la. As queixas foram tratadas como irrelevantes por outras médicas que a examinaram. A prolongada busca por atendimento resultou em uma deformidade em sua vagina. Ao ser questionada como se sentia com seu corpo, ela relatou:

“Me sinto mutilada na verdade, pra mim eu estou mutilada! Mas as médicas todas falavam a mesma coisa: que eu poderia conviver com isso, que isso não é nada de mais, que é só estética [...] se fosse nelas, elas não iam gostar” (Laura).

Laura conta que a última médica que a examinou, uma ginecologista, encaminhou-a para o psicólogo. Laura destaca a insensibilidade das profissionais de saúde, de quem, por serem mulheres, esperava solidariedade ou reconhecimento diante de seu sofrimento. Nesse ponto, a identidade “mulher” não foi capaz de gerar empatia diante da queixa da usuária. Uma vez que essa identidade de gênero se entrecruza com diferenças associadas à raça e à classe, essas operam na forma como os indivíduos se estabelecem em relações hierárquicas de poder.

Para Brah³³, “estruturas de classe, racismo, gênero e sexualidade não podem ser tratadas como ‘variáveis independentes’ porque a opressão de cada uma está inscrita dentro da outra – é constituída pela outra e é constitutiva dela”. As instituições produzem e naturalizam desigualdades no acesso e no tratamento adequado à saúde, delineado sob os eixos de raça, gênero e classe. Por si só, esses marcadores sociais da diferença não determinam uma posição de opressão e hierarquia. É por meio das relações sociais que analisamos

se essas diferenças resultam em desigualdades e injustiças³³.

Sobre as discussões que envolvem o gênero, Crenshaw¹⁷ afirma: “Há um reconhecimento crescente de que o tratamento simultâneo das várias ‘diferenças’ que caracterizam os problemas e dificuldades de diferentes grupos de mulheres pode operar no sentido de obscurecer ou de negar a proteção aos direitos humanos que todas as mulheres deveriam ter” (p. 173).

O fato é que a maioria das mulheres que engravidam estão sujeitas a alguma forma de violência obstétrica – seja na gestação, no parto e pós-parto ou mesmo nas situações de abortamento – nos serviços de saúde. Isso se deve ao fato de ainda termos um modelo institucionalizado de assistência bastante intervencionista e medicalizado, que perpetua e reforça opressões e hierarquias de gênero, raça e classe.

Crenshaw^{17,34} utiliza a metáfora de avenidas que se entrecruzam para exemplificar o que entende do conceito de interseccionalidade. Os eixos de discriminação de gênero, raça e classe se cruzam e se sobrepõem, frequentemente atingindo as mulheres racializadas. Segundo a autora, estas são “posicionadas em um espaço onde o racismo ou a xenofobia, a classe e o gênero se encontram. Por consequência, estão sujeitas a serem atingidas pelo intenso fluxo de tráfego em todas essas vias” (p. 177)¹⁷.

As experiências vivenciadas e contadas pelas mulheres negras evidenciam que as violências sofridas na assistência ao parto não são sentidas de forma homogênea por todas as mulheres. O termo “superinclusão”, citado por Crenshaw, refere-se às situações em que uma condição que afeta de forma desproporcional um grupo específico de mulheres é tratado como um problema unicamente de mulheres, sem “reconhecer o papel que o racismo ou alguma outra forma de discriminação possa ter exercido em tal circunstância”¹⁷.

O tema da violência obstétrica é frequentemente absorvido pela concepção de gênero. Assim, quando não destacamos que as mulheres negras estão mais sujeitas aos riscos de violências no parto e de mortes maternas em nosso país, ocorre o que a autora chama de um problema de superinclusão. A raça e as formas correlatas de vulnerabilidade interseccional contribuem para a expressividade da mortalidade materna de mulheres negras no Brasil.

Em uma direção que aponta para essa dimensão interseccional, que desvela realidades, desejos e vivências distintas, a OMS⁹ vem reforçando desde 2018 que a assistência ao parto proporcio-

ne uma experiência positiva para as mulheres, frisando a necessidade da desmedicalização para que as práticas obstétricas possam garantir o desenrolar do trabalho de parto dentro do ritmo de cada parturiente.

Considerações finais

Com este artigo buscamos debater a violência obstétrica a partir das experiências de mulheres negras. Apresentamos algumas inquietações sobre esse modelo padronizado de assistência ao parto, afirmando a importância de reconhecer a parturiente como um sujeito que deveria conduzir o parto.

É crescente o número de mulheres que recorrem a uma maternidade pública com o objetivo de vivenciarem um parto humanizado ou mais natural. É preciso reforçar práticas não violentas de assistência na gestação, no parto, no puerpério e nas situações de abortamento, assistidas por diversos sujeitos, como enfermeiros(as)-obstetras, obstetrizes e parteiras. Eliminar todas as formas desnecessárias e prejudiciais de intervenções, substituindo-as por práticas comprovadamente benéficas, e pautar meios não institucionais de assistência.

Não é possível pensar uma verdadeira equidade de gênero diante de um cenário de violação de todo tipo de direitos das mulheres, entre eles os direitos reprodutivos²⁰. No entanto, acreditamos que nos afastamos ainda mais do fim de uma opressão de gênero e raça quando insistimos em “direitos” de uma mulher universal. No que se refere às mulheres negras, há no mínimo uma interseção de dois eixos: raça e gênero.

A combinação e sobreposição de sistemas opressivos, como o sexismo, o racismo e a exploração capitalista, marcam a trajetória de vida das mulheres negras, conferindo a elas uma posição de ampla desvantagem social, inclusive no exercício da sua saúde reprodutiva e nos aspectos que envolvem os cuidados no parto.

As dificuldades em reconhecer os eixos de diferenciação podem obscurecer as vulnerabilidades específicas de determinados grupos de mulheres, especialmente quando afetam de modo desproporcional a garantia e o exercício dos seus direitos reprodutivos. O que pesa mais para as mulheres negras na violação de seus corpos não é exclusivamente o gênero.

Retomando o conceito de interseccionalidade, percebe-se que esse permite aprofundar o entendimento de desigualdades e hierarquias re-

produtivas vivenciadas pelas mulheres negras. Os assuntos relativos aos direitos reprodutivos das mulheres, à violência contra a mulher, à violência obstétrica e a outros temas referentes à opressão de gênero devem ser cada vez mais abordados a partir de um conjunto de vulnerabilidades interseccionais.

Colaboradores

KD Lima participou da concepção e do planejamento do estudo, da obtenção, análise e interpretação dos dados, e da escrita do manuscrito. TM Lyra trabalhou na concepção e no planejamento do estudo, no acompanhamento da escrita e na revisão final do manuscrito. C Pimentel participou da escrita e da revisão final do manuscrito.

Agradecimentos

Às mulheres que compartilharam um pouco de suas experiências e reflexões acerca de suas vivências de parto e maternagem. Que possamos sonhar com o dia em que nenhuma mulher negra ou indígena sofra com a violência obstétrica e o racismo institucional. Às professoras integrantes da banca de mestrado, em especial a Valdenice Raimundo, por suas enormes contribuições teóricas.

Referências

1. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Com* 2015; 10(35):1-12.
2. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy DY. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *J Hum Growth Dev* 2015; 25(3):377-376.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Despacho. [acessado 2019 Maio 4]. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=3a1a0ad9a9529cf66ec09da0eaa100f43e3a71dadcb400a0033aeade6e480607ee223e8f2fb1395ed3ce25c6062032968378cd9f7a37a4dc6dfb5a3aa708709d&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0
4. Conselho Federal de Medicina (CFM). *CFM apoia MS em decisão sobre o termo violência obstétrica* [página na Internet]. [acessado 2019 Maio 15]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28210:2019-05-09-18-50-35&catid=3
5. Ministério Público Federal (MPF). *MPF recomenda ao Ministério da Saúde que atue contra a violência obstétrica em vez de proibir o uso do termo* [página na Internet]. [acessado 2019 Maio 15]. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contra-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>
6. Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Nascidos vivos Brasil [página na Internet]; 2017. [acessado 2019 Ago 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
7. Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Óbitos maternos [página na Internet]; 2017. [acessado 2019 Ago 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>
8. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*. [acessado 2015 Out 1]. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil

9. World Health Organization (WHO). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* [página na Internet]. [acessado 2019 Maio 28]. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
10. Diniz CS G, Niy DY, Andrezzo HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface (Botucatu)* 2016; 20(56):253-259.
11. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). *Retrato das desigualdades de gênero e raça* [página na Internet]. [acessado 2019 Maio 16]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_populacao.html
12. Pacheco VC, Silva JC, Mariussi AP, Lima MR, Silva TR. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. *Saúde debate* 2018; 42(116):125-137.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna* [página na Internet]. [acessado 2017 Jan 21]. Disponível em: <http://svs.aims.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>
14. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saude Publica* 2017; 33(1):1-17.
15. d'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, Tuesta AA, Rattner D, Domingues RMSM. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saude Publica* 2014; 30(1):s154-s168.
16. Cunha MR, Padoveze MC, Melo CRM, Nichiata LYI. Identificação da infecção de sítio cirúrgico pós-cesariana: consulta de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(3):1395-1403.
17. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estud Fem* 2002; 10(1):171-188.
18. Olesen VL. Os feminismos e a pesquisa qualitativa neste novo milênio. In: Denzin NK, Lincoln YS, organizadores. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 219-257.
19. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, LDA; 2009.
20. Davis-floyd R, Carolyn S. *Childbirth and authoritative knowledge: cross cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press; 1997.
21. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis* 2015; 25(3):885-904.
22. Castro R, Erviti J. La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. In: López P, Rico B, Langer A, Espinoza G, organizadores. *Género y política en salud*. México: Secretaría de Salud; 2003. p. 255-273.
23. Pimentel C. A (des)colonialidade do parto: reflexões sobre o movimento de humanização da parturição e do nascimento. In: Martins PH, Falangola A, Silva AS, Sousa IC, organizadores. *Produtivismo na saúde: desafios do SUS na invenção da gestão democrática*. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2014. p. 99-117.
24. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(11):2287-2296.
25. Zhao R, Wang X, Zou L, Li G, Chen Y, Li C, Zhang W. Adverse obstetric outcomes in pregnant women with uterine fibroids in China: a multicenter survey involving 112,403 deliveries. *PLoS One* 2017; 12(11):e0187821.
26. Erviti J. Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos. In: Castro R, Gómez AL. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina: avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM, CRIM; 2010. p. 102-122.
27. Moraes LMV, Simões VME, Carvalho CA, Batista RFL, Alves MTSSB, Thomaz EBAF, Barbieri MA, Alves CMC. Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. *Cad Saude Publica* 2018; 34(11):e00151217.
28. Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2007; 28 dez.
29. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(1):s85-s100.
30. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 7(4):1-17.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília: MS; 2002.
32. Barboza LP, Mota A. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde* 2016; 5(1):119-129.
33. Brah A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu* 2006; 26:329-376.
34. Crenshaw K. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. *Cruzamento: raça e gênero*. Brasília: Unifem; 2004.

Artigo apresentado em 31/05/2019

Aprovado em 29/08/2019

Versão final apresentada em 01/09/2019

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva