



PERIÓDICUS

ISSN: 2358-0844

n. 17, v. 1

jan.2022-jun.2022

p. 72-92

# Da medicalização do parto à violência obstétrica: tecituradas sob o ponto interseccional

Bruna Maria Costa Gomes<sup>1</sup>

Stephany dos Santos Silva Sousa<sup>2</sup>

**RESUMO:** Este artigo possui o objetivo de traçar um percurso histórico sobre como ocorre o processo de medicalização do parto e de que modo ele fornece pano de fundo às práticas de violência, muitas vezes disfarçadas de rotinas, especificamente quando se trata das mulheres negras. Assim, a proposta é compreender a violência obstétrica e de que forma ela se materializa, por meio da medicalização abusiva do parto e se intensifica 'interseccionada' às questões de gênero, raça e classe. Para tanto, foram empreendidas pesquisa bibliográfica e documental, a partir de uma abordagem qualitativa. Diante do exposto, observa-se que a medicalização do parto e a violência obstétrica atingem de maneira particular as mulheres negras.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parto. Medicalização. Violência obstétrica. Interseccionalidade.

**Abstract:** This article aims to draw a historical route about how the process of medicalization of childbirth occurs and in what way it provides a backdrop to violent practices, these ones often disguised as routines, specifically when it comes to black women. Thus, the proposal is to understand obstetric violence and how it materializes, through the abusive medicalization of childbirth and intensifies 'intersected' with issues of gender, race and class. To this end, bibliographic and documental research were undertaken, based on a qualitative approach. In view of the above, it is observed that the medicalization of childbirth and obstetric violence affect black women in a particular way.

**Keywords:** Childbirth. Medicalization. Obstetric violence. Intersectionality.

**Resumen:** Este artículo pretende trazar una ruta histórica sobre cómo ocurre el proceso de medicalización del parto y sobre cómo él proporciona un telón de fondo a las prácticas de violencia muchas veces disfrazadas de rutina, específicamente cuando se trata de las mujeres negras. Así, la propuesta es comprender la violencia obstétrica y cómo se materializa, a través de la medicalización abusiva del parto y se intensifica 'entrecruzada' con cuestiones de género, raza y clase. Para ello, se realizó una investigación bibliográfica y documental, con base en un enfoque cualitativo. Frente a lo anterior, se observa que la medicalización del parto y la violencia obstétrica afectan de manera particular a las mujeres negras.

**Palabras clave:** Parto. Medicalización. Violencia obstétrica. Interseccionalidad.

<sup>1</sup> Mestra em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Estadual do Ceará (PPGS/UECE). Assistente Social Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia e Obstetrícia da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). E-mail: bruna.mcgomes96@gmail.com

<sup>2</sup> Mestranda em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Estadual do Ceará (PPGS/UECE), stephany.sousa@aluno.uece.br



## 1 Introdução

É possível apreender que as mulheres têm tido seus espaços, direitos e lugares historicamente negados e/ou desrespeitados pelo Estado e pela sociedade de maneira geral. Quando se trata da experiência do parto, essa lógica permanece a mesma. Para começar, conforme Gomes (2018), observa-se que o parto passa de um evento íntimo — vivenciado no âmbito doméstico e assistido por parteiras, além de outras mulheres do convívio familiar — a um fenômeno hospitalar arriscado que requer intervenção médica e de seus instrumentos a partir da entrada da figura masculina nesse cenário.

Contudo, essa mudança não apenas espacial, que envolve a inserção de novos personagens na cena de parto e a transformação do imaginário simbólico com relação a ele, não se dá de forma linear, sem conflitos e/ou resistências. Do mesmo modo, não ocorre sem a legitimação de instituições hegemônicas como o Estado e a Igreja. Nesse caso, pode-se citar o processo de Inquisição e ‘Caça às Bruxas’ como um marco da criminalização e deslegitimação dos saberes atrelados, sobretudo, às mulheres. Aqui, lançou-se o olhar às parteiras, que detinham um conjunto de conhecimentos empíricos sobre o parto, entre outros fenômenos relacionados ao corpo, à saúde e à sexualidade femininas.

Percebe-se, portanto, um deslocamento de gênero (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018) no contexto do nascimento, que irá se acentuar no século XIX, a partir da medicalização do corpo feminino. Discursos como o de patologização do parto e de exaltação da maternidade serão emitidos concomitantes a esse processo, que não atingirá igualmente a todas as mulheres. Nesse ponto, não se pode perder de vista as desigualdades de raça e classe que perpassam a medicalização do corpo feminino e do parto, evento que tomo como mote desse trabalho.

Isto posto, objetivamos traçar um percurso histórico sobre como ocorre o processo de medicalização do parto e de que maneira este evento oferece pano de fundo às práticas de violência, muitas vezes disfarçadas de rotinas, especificamente quando se trata das mulheres negras. Assim, a proposta é compreender a violência obstétrica e de que forma ela se materializa, através da medicalização abusiva do parto e se intensifica acrescida ao fator racial.

Sabe-se que a população negra, de maneira geral, encontra-se mais vulnerável à violação de direitos. No caso das mulheres negras, as discriminações de gênero se somam às raciais, de modo que estas mulheres se tornam mais vulneráveis à violência obstétrica — quadro que pode ser acentuado a depender de fatores como classe social, escolaridade, região, idade, entre outros. Nesse sentido, toma-se o conceito de ‘interseccionalidade’ de Kimberlé Williams Crenshaw (2002, 2004) como aporte para as discussões nas quais irei me aprofundar.



O tema da violência obstétrica tem sido evidenciado pelos movimentos de mulheres e/ou feministas e, especificamente, pelo movimento que luta em favor da humanização do parto e do nascimento. Segundo Sena e Tesser (2017), desde as décadas de 1980 e 1990, grupos de mulheres, profissionais de saúde e defensores dos direitos humanos têm se organizado com a finalidade de promover o debate acerca da violência no parto e combatê-la. Tais discussões acentuam-se a partir dos anos 2000, ao passo em que o tema se torna um campo de investigação formal no país.

Importa salientar que desde a década de 1970, já podiam ser observados os primeiros arranjos referentes ao movimento pela humanização do parto no Brasil. Conforme Diniz (2005), mediante experiências em diversos Estados. Essas experiências surgem impulsionadas por profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de indígenas e parteiras, como Galba de Araújo, no Ceará, e Moisés Paciornick, no Paraná. Observa-se, portanto, que o processo de enfrentamento da violência obstétrica, consoante Sena e Tesser (2017), deriva das críticas empreendidas ao modelo de assistência ao parto vigente no país e está inserido no contexto de lutas do movimento pela humanização do parto.

Tal movimento fundamenta-se na busca pelo reconhecimento da participação ativa e protagonismo feminino no processo de parir, com ênfase na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Por isso, mencionar o movimento pela humanização do parto é fundamental à compreensão da violência obstétrica, uma vez que é através dele que ela passa a ser encarada não apenas como uma forma de violência institucional ou no parto, mas a partir de uma designação específica que ganha visibilidade nacional. (SENA; TESSER, 2017)

Atualmente, informações referentes à violência obstétrica podem ser encontradas em páginas de redes sociais, blogs, grupos de apoio às mães e mulheres gestantes. Diante disso, observa-se que a violência obstétrica apresenta-se como uma problemática social contemporânea que tem afetado diversas mulheres e obtido atenção de vários setores da sociedade — por exemplo, a própria categoria médica e instâncias como o Ministério da Saúde.

Mediante esse contexto, as discussões propostas por esse artigo foram suscitadas através do olhar aguçado à realidade somado às inquietações projetadas a partir da realização de uma disciplina ofertada pelo Programa em Pós-graduação em Sociologia (PPGS) da Universidade Estadual do Ceará (Uece). Esta última possibilitou a produção de discussões e intercâmbios de pesquisas em sala de aula.

Além disso, o debate lançado nesse trabalho foi fruto do interesse de pesquisa a respeito do parto (GOMES, 2018), tendo em vista a oportunidade de complexificar e aprofundar os



estudos sobre a violência obstétrica, utilizando-se do viés racial como ponto chave. Para tanto, foram realizadas pesquisas bibliográfica e documental, por meio de uma abordagem qualitativa, mas que também buscou elencar dados que pudessem fundamentar e ilustrar o cenário da discussão. Dessa forma, este artigo divide-se em dois momentos principais, sendo o primeiro destinado a tratar sobre a medicalização do parto e as mudanças de significados em torno do ato de parir, por meio do tópico a seguir, e o segundo dedicado à explanação da violência obstétrica sob o ponto de vista racial.

## 2 Medicalização do parto: as mudanças de significados em torno do parir

O parto é um evento diversamente concebido ao longo da história da humanidade. Consoante Martins (2004), o ato de parir é antes de tudo um acontecimento social submetido a tradições, códigos e rituais, cujas pesquisas etnográficas e arqueológicas apontam que na maioria das sociedades não ocidentais, agrícolas e pré-industriais esteve restrito às mulheres. A assistência prestada durante e após o parto era considerada uma atribuição reconhecidamente feminina, na qual os médicos se inseriam somente diante de complicações que pudessem pôr em risco a saúde da mulher.

Nesse contexto, as mulheres responsáveis por prestar cuidados relativos à gestação, parto e puerpério eram denominadas de parteiras, aparadeiras ou comadres. Elas possuíam um saber empírico, em geral, passado de geração em geração e atendiam a domicílio, sendo consultadas sobre temas diversos, como doenças sexualmente transmissíveis e aborto. (BRENES, 1991) Entretanto, o conjunto de saberes acumulados pelas parteiras irá voltar-se contra elas próprias durante os quatro séculos de Inquisição (XIV ao XVII) empreendidos na Europa, em que suas práticas serão comparadas à heresia e as levarão a morte nas fogueiras. (COSTA, 2002; EHRENREICH; ENGLISH, 2016)

Construía-se, a partir de então, um universo de mistificações em torno da figura feminina e das manifestações ligadas a ela, como a maternidade e a sexualidade, através do medo difundido durante a Idade Média, que atravessa o período do Renascimento (COSTA, 2002). Tratava-se da ‘Caça às Bruxas’, perseguição às mulheres, principalmente camponesas, que representassem ameaça política, religiosa e sexual à Igreja, tanto Católica quanto Protestante, e ao Estado. Esse processo não ocorreu ao acaso, pelo contrário, seguiu campanhas organizadas pelas classes dominantes. Utilizava-se, inclusive, do guia intitulado *Malleus Malecarum* (O Martelo das Bruxas), escrito em 1484 pelos reverendos Kramer e Sprenger, como manual de instrução aos inquisidores. (EHRENREICH; ENGLISH, 2016)



Os delitos dos quais as ‘bruxas’ eram acusadas iam desde subversão até imoralidade e blasfêmia. Contudo, as principais denúncias correspondiam a crimes sexuais contra os homens, organização política e utilização de poderes mágicos sobre a saúde. (EHRENREICH; ENGLISH, 2016) Portanto, observa-se que a perseguição à bruxaria esteve fortemente baseada em discriminações de gênero, cujas mulheres e os conhecimentos a elas relacionados foram duramente reprimidos, desqualificados e taxados de perigosos. No campo da parturição, as práticas das parteiras foram sendo, progressivamente, desvalorizadas e substituídas por técnicas consideradas assépticas e científicas a partir da inserção dos médicos-parteiros e seus instrumentos na cena de parto.

A medicalização do parto inicia-se na Europa, nos séculos XVII e XVIII, e estende-se ao Brasil com a chegada da Corte Portuguesa, por meio da inauguração das escolas de Medicina e Cirurgia, na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1808. Com isso, assiste-se à implementação da experimentação clínica aliada ao discurso anatomopatológico, bem como a produção de um discurso favorável à entrada da figura masculina no saber e na prática obstétricas. (BRENES, 1991) Observa-se, segundo Palharini & Figueirôa (2018), um deslocamento de gênero em um campo antes protagonizado por mulheres que passa a ser de domínio quase exclusivo dos homens, visto que inicialmente apenas eles têm acesso à formação científica.

A entrada de mulheres nos cursos de Medicina só será permitida em 1879. Daí origina-se a lacuna quanto a presença feminina na atenção ao parto que se estende até os dias atuais, mediante o estabelecimento de uma assistência médico-centrada sob a tutela de uma ciência designada e construída por homens. (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018) Sem contar que, segundo Tornquist (2004), as inovações científicas realizadas pela obstetrícia se fundamentarão numa visão pessimista do corpo feminino, especificamente, no campo da cirurgia, transformando a mulher em um corpo passivo.

Ademais, o discurso médico se alimentou das representações de gênero presentes na sociedade e “foi o principal campo de saber que sublinhou e elevou a patamares, antes inimagináveis, as diferenças entre homens e mulheres, além de colocar a sexualidade como alvo privilegiado de reflexões”. (TORNQUIST, 2004, p. 71) E. Vieira (1999) argumenta, inclusive, que o processo de medicalização do corpo feminino iniciado a partir do século XIX se dá atrelado à exaltação da maternidade como intrínseca à natureza da mulher e à valorização da vida feminina por meio da invenção de técnicas para elevar a sobrevivência materna.

No entanto, é importante destacar que nesse período as mulheres negras eram escravizadas no Brasil. Assim, os processos descritos por Elisabeth Meloni Vieira (1999) não



correspondiam a elas, que receberam pouca ou nenhuma valorização à vida, à maternidade ou às técnicas de elevação da sobrevivência materna, no que diz respeito à atenção médico-cirúrgica. Pode-se dizer que a maternidade experienciada por mulheres negras durante o século XIX no Brasil, segundo Telles (2018), foi inclusive marcada por restrições e pela separação — quando elas eram obrigadas a atuar como amas de leite, dedicando-se ao aleitamento e aos cuidados com os filhos dos senhores escravocratas, deixando seus próprios filhos privados do leite materno e de seus cuidados. A ocupação de ama de leite marcou significativamente as experiências da maternidade e da exploração dos corpos das mulheres negras.

Além disso, é interessante ressaltar que o desenvolvimento da Obstetrícia como área de conhecimento médico não foi uma tarefa simples, visto que se deu mediante conflitos (VIEIRA, 1999) entre os médicos e as parteiras, o conhecimento masculino institucionalizado e o saber popular feminino, a figura do médico homem e da parturiente mulher. (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018) Com isso, foi necessário que a Medicina percorresse todo o século XIX para aprimorar técnicas cirúrgicas, anestésicos e o uso da assepsia, para só então efetivar o domínio da prática obstétrica. Nesse caso, o processo de hospitalização do parto foi de suma importância para a apropriação do saber e o incremento do ensino médico. (VIEIRA, 1999)

Até o final do século XIX, os nascimentos ocorriam quase exclusivamente nos domicílios, assistidos por parteiras leigas ou diplomadas. O ato de parir fora de casa era atípico, considerado anormal, assustador e acontecia somente em casos extremos. Em geral, os hospitais se reservavam às mulheres pobres, bem como àquelas qualificadas como prostitutas, indigentes ou ‘mães solteiras’, nos casos em que havia complicações no parto ou que por algum motivo o nascimento da criança precisava ser omitido. Assim, recorria-se às Santas Casas, instituições mantidas pela caridade religiosa com acomodações precárias, infecções e mortes frequentes, locais onde as parturientes e os recém-nascidos misturavam-se aos demais doentes. (MOTT, 2002)

Desse modo, no Brasil, até meados do século XX, ainda era comum às mulheres parirem sob os cuidados de outras, seja por falta de condições financeiras para custear um médico, por residirem em regiões afastadas dos centros urbanos ou por resistência ao modelo biomédico, gradativamente legitimado. (BRASIL, 2001) Acrescenta-se a isso as deficiências relacionadas à formação de profissionais nas faculdades de Medicina do país no início do século XIX (BRENES, 1991), tendo em vista que o ensino da Obstetrícia permaneceu teórico por décadas, com a utilização de bonecos para simular situações práticas. (VIEIRA, 1999)



Tal fato está diretamente relacionado à resistência das mulheres em utilizar os hospitais, encarando-os como ‘abrigo de pobres’ — seguindo a moralidade da época, que considerava quase impensável despir-se para um médico no parto —, e aos perigos relacionados às técnicas obstétricas, até então incipientes. Assim, o discurso médico nesse período caracterizou-se pela defesa da hospitalização do parto em favor da criação de maternidades (VIEIRA, 1999) para que as mulheres tivessem um local próprio para parir, e os estudantes de Obstetrícia um arsenal de corpos vivos a serem utilizados como instrumentos de ensino prático.

Para tanto, foi preciso que houvesse não só uma transformação de ordem simbólica e material na sociedade, atrelada à construção de uma cultura de sucesso do parto com intervenção médica (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018), mas também a criação de uma nova subjetividade feminina. Garantiu-se um novo papel às mulheres por meio de uma vida social mais intensa, tornando-as mais ativas dentro e fora do lar. Contudo, sua sexualidade passou a ser controlada e descrita a fundo, sendo os médicos promovidos como os únicos capazes de orientar e conhecer a respeito, atrelada à concepção da mulher como um ser inconstante e frágil. (BRENES, 1991)

Nesse cenário, surgiram: ‘o mito do amor materno’, a ‘mãe dedicada’, a ‘boa esposa’, ‘a rainha do lar’ (BRENES, 1991), exceto para as mulheres negras escravizadas, que aos olhos de seus proprietários não eram vistas como mães, mas como força de trabalho escrava e/ou fonte de reprodução humana. (DAVIS, 2016) Assim, a estratégia bem-sucedida de valorização da tríade mulher/mãe/esposa se mostrou fundamental à entrada e aceitação do médico na vida familiar, tornando-o uma espécie de conselheiro tão respeitado quanto um sacerdote religioso. (MARTINS, 2005) Por conseguinte, consoante Palharini e Figueirôa (2018), a resistência das mulheres em dar à luz fora do espaço doméstico e/ou familiar foi progressivamente substituída pela confiança na figura do médico-parteiro e no ambiente hospitalar, à proporção que a segurança e a assepsia melhoravam.

De acordo com Thébaud (2002), que analisa a medicalização do parto a partir da realidade francesa, mas suscita reflexões a nível mundial, esse processo se delineou e ganhou novos contornos entre os anos de 1919 e 1939, denominado como período entre (as duas) guerras mundiais. Nesse ínterim, houve o surgimento da higiene social como forma de estabelecer sobre a população um controle médico generalizado, a fim de melhorar os indicadores de saúde e lutar contra os ‘flagelos sociais’. Um movimento pró-natalidade, pela diminuição dos abortos e da mortalidade infantil insurgia. Junto a ele, a proteção da maternidade tornou-se um imperativo, em meio a ampliação do número de leitos nos hospitais e de novos serviços de assistência ao parto.



Desenvolveu-se uma rede de consultas pré-natais e pós-parto para acompanhar a gestação e os cuidados com o bebê. (THÉBAUD, 2002) No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, cresceu o número de partos assistidos por médicos, assim como a criação de novas escolas de Medicina. Entre 1898 e 1915, foram instituídas faculdades nos seguintes estados: Rio Grande do Sul, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Pará, Recife e a Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (Uni-Rio). Do mesmo modo, os hospitais passaram por uma expressiva campanha de valorização, não sendo mais caracterizados como lugares inóspitos. (MOTT, 2002)

As maternidades aos poucos se estabeleceram como locais mais seguros e aconselhados para o nascimento, ao passo em que o parto começou a ser interpretado como um evento médico, perigoso, patológico, passível de intervenções frequentes. Nota-se que há o incremento de novas técnicas, através da realização de exames clínicos de laboratório e raio-X, do uso de clorofórmio (como anestésico) nas cirurgias cesarianas, aprimorando-as e tornando-as possíveis em mulheres vivas. Ao mesmo tempo, ocorre uma expansão da indústria farmacêutica, responsável por lançar no mercado diversos medicamentos com a promessa de diminuir a dor e acelerar o trabalho de parto. (MOTT, 2002)

É importante frisar que as maternidades e os hospitais organizaram-se para atender dois tipos de mulheres: as pobres, inseridas em enfermarias específicas, cujas experiências de parto serviam de estudo clínico para os alunos de Medicina; e as de classes abastadas, que eram assistidas por médicos e/ou parteiras particulares, mantinham-se em quartos individuais, com banheiros privados, roupas de cama limpas e trocadas frequentemente. (MOTT, 2002) Com isso, observa-se que a mudança de significado do parto, através da transformação dele, de um evento familiar a um acontecimento médico, não se dá de forma homogênea entre as mulheres, sendo as não brancas e/ou pertencentes aos segmentos empobrecidos mais afetadas negativamente no que se refere ao controle de seus corpos e vivências.

Ressalta-se que, embora a hospitalização do parto tenha sido em alguma medida responsável pela diminuição da mortalidade neonatal e materna, por causa do refinamento de técnicas de cuidado e higienização, bem como a diminuição do risco de infecções, a cena do nascimento transformou-se em um lugar desconhecido para as mulheres, espectadoras do próprio parto, alheias aos processos realizados, em geral, mais convenientes para os profissionais de saúde. (BRASIL, 2001) Portanto, percebe-se que o deslocamento da casa para o hospital não é a única característica do que Michel Odent (2003) denomina de ‘parto industrializado’, já que este também sofre com a padronização, isto é, com a adoção de rotinas e protocolos — conforme o autor, palavras-chaves para a Obstetrícia moderna.



Além de haver a possibilidade do parto via cesárea ser planejado antes que ocorra o trabalho de parto (cesariana eletiva) ou mesmo durante (cesariana intraparto), o ‘parto normal’, tomando como base o que argumenta Odent (2003), tem acontecido de maneira padrão, com a utilização de uma série de intervenções características de uma linha de montagem, por exemplo: ocitocina intravenosa para acelerar as contrações; realização de episiotomia, corte feito no períneo com a finalidade de ‘facilitar’ a passagem do bebê pelo canal vaginal; e monitoramento fetal eletrônico. Para o autor: “Na idade do parto industrializado a mãe não tem o que fazer. Ela é a paciente”. (ODENT, 2003, p. 49)

Diante do exposto, tem-se que a medicalização do parto além de atuar como fenômeno fundamental à deslegitimação do trabalho das parteiras, atribuindo aos saberes e práticas ligados a elas o caráter de impróprio, sujo, inseguro, não civilizado (TORNQUIST, 2004), também possui direta relação com a perda de autonomia e protagonismo feminino na cena de parto, uma vez que novos personagens ganham centralidade nesse processo: o médico, seus instrumentos e as novas tecnologias.

Soma-se a esse modelo tecnocrático, que segundo Mônica Bara Maia (2010) consolida-se no Brasil a partir da segunda metade do século XX — cuja assistência à saúde se torna predominantemente hospitalar e curativa —, as diversas violências vivenciadas pelas mulheres no contexto do nascimento, disfarçadas de procedimentos de rotina. Sobre esse último aspecto, é dado apontar que a violência obstétrica tem obtido especial atenção e ampliação nos debates a nível mundial, desde a segunda década do século XXI. (DINIZ et al., 2015) Tal fenômeno se refere a uma manifestação da violência contra a mulher no âmbito institucional que pode ocorrer nos momentos do pré-natal, parto, pós-parto ou em situações de abortamento.

Nesse contexto, nota-se que a violência obstétrica atinge particularmente às mulheres negras e pobres. Isso porque, consoante Jussara Francisca de Assis (2018), elas são classificadas pelos profissionais de saúde como irresponsáveis por não aderirem ao pré-natal; incapazes intelectualmente frente à incompreensão de orientações dadas pela equipe médica; infantilizadas, ao passo em que têm seu poder de fala negado, já que os profissionais de saúde tendem a responder por elas e decidir sobre seus corpos e saúde. Observa-se a materialização do racismo cotidiano, à luz de Kilomba (2019), que se configura através dos discursos, da linguagem/vocabulário, de imagens, gestos e ações que negam à pessoa negra o direito de existir como igual; intensificado quando atrelado às opressões de gênero e classe.

No tópico a seguir, deseja-se dar enfoque a esse segmento da população e às violências enfrentadas no momento do parto, quando há um aumento significativo da vulnerabilidade



feminina em face da medicalização sofrida, atravessado pelas desigualdades de gênero, raça e classe social. Utilizarei a ‘interseccionalidade’ como conceito e/ou ferramenta capaz de compreender e identificar que as discriminações raciais e de gênero podem operar juntas (CRENSHAW, 2012, p. 8), bem como as de classe. Posto que:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. (CRENSHAW, 2002, p. 177)

Nota-se, portanto, que por vezes não lidamos com grupos distintos de pessoas, mas com grupos sobrepostos, através da interlocução entre um ou mais sistemas de opressão, consoante bell hooks<sup>3</sup> (2018). Nesse sentido, para Crenshaw (2002), e aqui corroboro com ela, a ‘interseccionalidade’ aparece como ponte entre instituições, eventos e discussões sobre os direitos humanos, no que se refere às questões de gênero, raça, classe social etc. Assim, a ‘interseccionalidade’ como ferramenta oferece possibilidade para que as nossas políticas e práticas sejam, de fato, inclusivas e produtivas. Desse modo, adiante abordarei a violência obstétrica, buscando discutir e ‘interseccionar’ as questões de gênero, raça e classe.

### 3 Um olhar interseccional sobre a violência obstétrica

A violência obstétrica é caracterizada por ações praticadas contra a mulher e/ou sua saúde sexual e reprodutiva por profissionais de saúde, servidores públicos, técnicos administrativos em instituições públicas ou privadas, bem como civis. Abrange atos que podem causar danos de caráter físico, psicológico, material, sexual, institucional ou midiático. Dentre eles, são exemplos: a privação de alimentos e movimentação no momento do parto, realização de manobra de Kristeller<sup>4</sup>, cesariana eletiva e episiotomia<sup>5</sup> sem indicação clínica, ameaças, humilhações, negligência, proibição do (a) acompanhante (direito garantido pela Lei nº11.108/2005), cobranças de taxas indevidas, ridicularização ou exposição da mulher e suas escolhas etc. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Ademais, segundo a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013), baseando-se nas tipificações legais da Argentina e da Venezuela, visto que não há uma tipificação jurídica

<sup>3</sup> Em respeito ao desejo da autora nos referimos ao seu nome, no decorrer desse artigo, com letras minúsculas.

<sup>4</sup> Manobra que compreende a aplicação de pressão, na parte superior do útero, para ‘auxiliar’ a saída do bebê, podendo trazer riscos à saúde da mulher e da criança.

<sup>5</sup> Embora seja um corte realizado entre a vagina e ânus, com a finalidade de ‘facilitar’ a passagem do bebê, existem controvérsias sobre seu uso, já que ele pode trazer danos prolongados à vida sexual da mulher, não havendo evidências científicas que comprovem seu benefício.



brasileira, a violência obstétrica é marcada pela apropriação do corpo feminino. Ocorre através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização de processos naturais, como a gestação e o parto, resultando na perda de autonomia e capacidade de tomar decisões. Assim, consiste em qualquer ação que afete a dignidade da mulher e/ou do recém-nascido, no caso do parto, promovendo danos diversos à qualidade de vida, sejam físicos, sexuais e/ou psicossociais.

A pesquisa responsável por adensar o debate a respeito do tema no âmbito nacional, ‘Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado’, realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, em parceria com o Serviço Social do Comércio (Sesc), identificou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto: um total de 25% das entrevistadas, dentro da amostra de 62% das que tiveram filhos na rede pública ou privada. (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010)

As formas mais comuns apresentadas foram: realização de exame de toque doloroso (10%); não oferta de métodos para o alívio da dor (10%); gritos (9%); falta de informação sobre os procedimentos realizados (9%); negação de atendimento/negligência (8%); xingamento ou humilhação (7%). Dentre as mulheres que sofreram violência no parto, a porcentagem mais significativa esteve entre as de baixa escolaridade (29%), pardas (29%) e nordestinas (27%). (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010)

Nesse contexto, cabe apontar a pesquisa informal intitulada ‘Teste da Violência Obstétrica’, realizada em 2012 via redes sociais, com o objetivo de incentivar as mulheres a avaliarem a assistência recebida no parto. No dia 8 de março, ativistas do movimento de humanização do parto no Brasil disponibilizaram o teste, simultaneamente, em mais de setenta blogs, contendo 15 questões de múltipla escolha relacionadas à caracterização sociodemográfica e ao atendimento recebido durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato. Foram avaliados 1.966 nascimentos, em 38 dias. (SENA; TESSER, 2017)

Verificou-se que mais de 40% das mulheres afirmaram ter sido desrespeitadas pela equipe de saúde; 25% sofreram episiotomia; 75% não puderam se movimentar ou mantiveram-se deitadas no trabalho de parto; quase 50% foram impedidas de ter acompanhante; e somente 18% tiveram a chance de amamentar na primeira hora de vida dos bebês. Além disso, metade das mulheres associaram às dificuldades do pós-parto com as experiências do parto/nascimento. (SENA; TESSER, 2017) Nota-se que o referido levantamento informal corrobora com a pesquisa nacional, citada anteriormente, sobre as violências vividas no parto e seus índices alarmantes.



Dessa maneira, torna-se necessário não perder de vista o processo de medicalização do parto em curso, no qual vigora a centralidade do médico, suas práticas, técnicas, instrumentos e intervenções, aliada ao uso de tecnologias, à proporção em que há a perda de protagonismo feminino no ato de parir. Nessa perspectiva, práticas de violência obstétrica são tencionadas e disfarçadas de condutas habituais, tidas até mesmo como benéficas e seguras, à medida que as particularidades, desejos e escolhas da mulher são muitas vezes desconsideradas e/ou desrespeitadas.

Soma-se a isso, o fato de que, conforme Diniz et al. (2016), historicamente, os indicadores de saúde no Brasil têm sido mais desfavoráveis às mulheres negras (incluindo, pretas e pardas). Os Movimentos Negro e de Mulheres Negras têm promovido reivindicações por melhorias no acesso ao sistema de saúde, desde o período pós-abolição, intensificando-as na segunda metade do século XX. No entanto, ainda que grande parte das diretrizes e estratégias de atuação em saúde para a população negra tenha origem nos conhecimentos, valores e análises formuladas por tais movimentos, estes não geraram mecanismos suficientes para a superação das barreiras correspondentes à saúde dessa população, tampouco às intermediadas pelo racismo, segundo Jurema Werneck (2016).

Ao buscar definir o racismo, Kilomba (2019) enumera três características que o qualificam. A primeira diz respeito ‘à construção de/da diferença’, de modo que o ‘negro’ é visto como diferente frente ao grupo ‘branco’, que tem o poder de se definir como norma. Nesse sentido, a ‘branquitude’ torna-se um ponto de referência, através de um processo discriminatório, no qual os/as ‘Outros/as raciais’ diferem. A segunda relaciona-se ao fato de que tais diferenças estão intrinsecamente ligadas a valores hierárquicos, conseqüentemente, articuladas ao estigma, à desonra e à inferioridade. Nesse caso, as hierarquias resultam na naturalização das discriminações, uma vez que o/a ‘Outro/a’ é visto/a como o/a problemático/a, o/a incomum, o/a perigoso/a etc.

Com isso, entendo que naturalização da violência obstétrica, especificamente no que concerne às mulheres negras, pode ser lida sob a ótica analisada por Grada Kilomba (2019), à medida que se inclui num amplo processo discriminatório de produção do preconceito e da diferença. Ademais, Kilomba (2019) discorre sobre uma terceira característica fundamental do racismo: o poder, seja ele social, histórico, econômico e/ou político. Para a autora, é a combinação de preconceito e poder que forma o racismo, que corresponde à supremacia branca. Assim, o racismo atrelado à dimensão do poder se materializa através das diferenças na partilha



e no acesso a recursos valorizados e serviços básicos, tais como representação política, educação, emprego, habitação, saúde — sobre a qual lançamos luz — etc.

Essas barreiras e/ou diferenciações de acesso e partilha (KILOMBA, 2019) à população negra se devem ao fato de que a escravidão negra, como pano de fundo histórico e social brasileiro, resultou em e legitimou “ações políticas, econômicas, sociais e culturais que retratam a pessoa negra como desprovida de inteligência, humanidade e capacidade de articulação política, não sendo pensada como alvo de cidadania plena”. (ASSIS, 2018, p. 549) Isto ocorreu nos diversos aspectos da vida social, especialmente, nas instituições. Nesse sentido:

A atenção à saúde da população brasileira, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), não está imune a tal fenômeno, já que tem refletidas em seu cotidiano as determinações político-raciais de nossa sociedade. O viés racial implícito pode ser entendido através de práticas sugestivas de discriminação e preconceito, resultante de estereótipos relativos à pessoa negra. Este seria o pavimento pelo qual o racismo institucional caminha, possibilitando desigualdades no acesso aos serviços institucionais. (ASSIS, 2018, p. 549)

Com isso, nota-se que o racismo institucional reforça a existência desse fenômeno não apenas no campo ideológico, mas como prática no âmbito das instituições e presente nas operações cotidianas, colocando os sujeitos brancos em vantagem com relação aos grupos racializados. (KILOMBA, 2019) Além disso, quando se trata das mulheres negras, conforme Gonzalez (1984), o fenômeno do racismo ganha uma dupla dimensão, já que está articulado ao sexismo. Tal articulação resulta em efeitos violentos sobre a mulher negra em particular.

As consequências dessa ligação violenta entre essas formas de opressão, no que diz respeito ao campo da saúde, podem ser apontadas através de indicadores que reforçam as desigualdades de gênero e raciais, bem como a necessidade de aprofundamento de pesquisas, formulação de políticas públicas e combate às violências e discriminações nessa área. Ao analisar a pesquisa hospitalar ‘Nascer no Brasil’, realizada entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012<sup>6</sup>, que buscou conhecer a realidade da atenção ao pré-natal, ao parto, nascimento e puerpério<sup>7</sup> no país, Diniz et al. (2016), a partir da região Sudeste, identificou que ainda no acesso ao pré-natal, as mulheres de cor preta e parda apresentaram os piores resultados.

O índice de mulheres que tiveram seis ou mais consultas, como recomendado pelo Ministério da Saúde, foi maior para mulheres brancas (82,3%), enquanto esteve em torno de 77,3% e 73,2% para as de cor parda e preta, respectivamente. Constatou-se também que o

---

<sup>6</sup> Esse período corresponde à primeira fase do estudo, tendo em vista que este se estendeu até fevereiro de 2013. (D’ORSI et al. 2014)

<sup>7</sup> Expressão usada para designar o período pós-parto.



número de mulheres sem a presença do acompanhante no parto foi mais expressivo entre pretas (30,9%) e pardas (24,8%). As mulheres brancas tiveram cesárea com mais frequência (60,6%), principalmente, sem vivenciar o trabalho de parto — 43,9% para as brancas, 30,2% entre as pretas e 31,1% para as pardas. (DINIZ et al. 2016) Em meio às maiores complicações relacionadas à cesárea, como hemorragias, o dado pode parecer uma vantagem (ENKIN et al. apud DINIZ et al., 2016). Entretanto, está relacionado a mais chances de enfrentar violência obstétrica, haja vista a relação do fenômeno com o trabalho de parto/realização de parto vaginal. (D'ORSI et al. 2014)

D'orsi et al. (2014), em estudo sobre a satisfação das mulheres no atendimento ao parto, assinalou que os percentuais de mulheres que relataram violência verbal, física ou psicológica foram maiores entre pretas (6,6%) e pardas (6,0%), de menor escolaridade (6,5%), idade entre 20 e 34 anos (6,3 %), da Região Nordeste (7,2%), com parto por via vaginal (6,8%), que não possuíram acompanhante (7,8%), atendidas no setor público (6,7%) ou que entraram em trabalho de parto (7%). Os resultados demonstraram que fatores como maior escolaridade, pertencimento a Região Sudeste ou Sul e a presença do acompanhante foram, consideravelmente, associados a menor tempo de espera; tratamento com mais respeito; privacidade nos exames e no parto; maior clareza nas explicações e possibilidade de fazer perguntas por parte dos profissionais de saúde. (D'ORSI et al., 2014)

A cor de pele foi associada à pior avaliação do tempo de espera até ser atendida e menos privacidade nos exames; e o trabalho de parto, por sua vez, associou-se a menores níveis de respeito e privacidade e ao maior relato de violência. A fonte de pagamento privado foi associada ao menor relato de violência, mais respeito, mais privacidade, mais clareza nas explicações, mais possibilidade de fazer perguntas e maior participação nas decisões. (D'ORSI et al., 2014, p. 161)

O 'Projeto 1:4 Retratos da violência obstétrica'<sup>8</sup>, realizado em 2014, fruto da parceria entre a fotógrafa Carla Raiter e a produtora cultural Caroline Ferreira, materializa o debate da violência obstétrica e da necessidade de humanização da assistência ao parto no Brasil através da fotografia, assim como também nos provoca a refletir à luz das questões raciais. Por meio de depoimentos tatuados temporariamente na pele, é possível reconhecer mulheres negras que vivenciaram situações de violência obstétrica. Inclusive, o trecho a seguir corrobora com os dados apontados acima, quanto à relação entre a cor da pele, a ausência de privacidade e a

---

<sup>8</sup> As fotografias com narrativas de mulheres que sofreram violência obstétrica podem ser encontradas em uma publicação realizada pelo site *Obvious*. Os relatos e as imagens são anônimos. A matéria intitulada "1:4 e a Violência obstétrica" foi escrita por Camila Agner e está disponível por meio do link: <https://bit.ly/3yWfAox>. Acesso em: 19 maio 2022.



experiência da violência obstétrica: “*Eu devia estar feliz, minha filha ia nascer! Em vez disso, só pensava em quando aquele calvário acabaria, quando eu poderia ficar em paz, quando haveria silêncio e privacidade*”. (Relato escrito na parte inferior do ombro esquerdo)

Por conseguinte, é possível perceber expressivas desigualdades raciais, bem como relativas à escolaridade, região e fonte de pagamento, refletidas no modo como as mulheres são assistidas no parto pelos profissionais de saúde e nas situações de violência por elas experienciadas. (D’ORSI et al., 2014) Acrescenta-se a isso, sob o ponto de vista racial, o fato de que, como aponta Leal et al. (2017), em comparação com às mulheres brancas, as pretas possuem menor possibilidade de receber anestesia local (49%) quando submetidas a episiotomia; maior propensão à peregrinação para o parto — busca de mais de um hospital (33%); além de menor vinculação com a maternidade (23%) — local de internação para o parto.

Diante desse contexto, salienta-se, de acordo com Bárbara Paes (2015), que existe um imaginário fundamentado na crença de que as mulheres negras são excepcionalmente fortes, acostumadas a sofrer e suportar abusos, o que faz com que elas recebam menos anestesia no parto ou informações apropriadas durante a gravidez. Consoante a autora, sua dor é considerada menos humana. A partir disso, ainda prevalece a crença, assinalada por Gilberto Freyre (2003), sobre o maior ‘vigor’ das mulheres negras. Daí as mais altas probabilidades de sofrer violência obstétrica, atualmente, estarem associadas às mulheres pretas e pardas, conforme a noção presente, mais propensas a suportarem grandes fadigas. As narrativas a seguir, contadas por meio do ‘Projeto 1:4’, reforçam a desumanização das mulheres negras, bem como a naturalização dos processos de discriminação e violência por elas experienciados no momento do parto:

*A nova enfermeira do corredor ignorou todos os pedidos de ajuda que fizemos — eu e a outra mãe do mesmo quarto. Parecia que, a menos que estivéssemos morrendo, não merecíamos cuidado.* (Relato escrito na coxa direita)

*Eu morria de sede. Às nove ou dez da noite, tudo que eu pedia, aos berros, era um copo d’água. Mas a doutora negou. Ríspida, grosseira e com a cara enfiada no meio das minhas pernas. Disse que podia fazer mal depois, na hora de nascer.* (Relato escrito nas costas)

Além disso, retomando a pesquisa de Leal et al. (2017), outro fator que merece destaque, é o de que apesar das similaridades apresentadas entre mulheres pardas e pretas, no seu estudo foram encontrados piores indicadores de atenção ao pré-natal e parto entre as pretas. Desse modo, percebe-se que houve um gradiente de cuidado menos satisfatório, com prejuízo para as de cor mais escura. A respeito desse último ponto, é possível traçar um paralelo com Virgínia Leone Bicudo (1955), quando a autora aponta para a cor mais ‘carregada’ do negro como um fator de rejeição/discriminação, enquanto o ‘branqueamento’ gradativo constituiria um atenuante.



No tocante à questão de classe, Diniz et al. (2016) indica que as mulheres de cor preta e parda têm menor poder aquisitivo do que as brancas, pois estão respectivamente, 23,9% e 17,2% dentro das classes D/E, enquanto as brancas correspondem a 9,4%. Já nas classes A/B mulheres brancas compõem 41,7% do total. Quanto à escolaridade, 30,1% das de cor preta e 22,9% das pardas possuíam ensino fundamental incompleto. O percentual entre as brancas é bem menor, de 13,7%. Para o ensino superior completo, os índices são inversos: 15,9% para brancas, 4,3% e 3,0% entre pardas e pretas, respectivamente.

Diante dos dados apresentados, é possível notar uma correlação entre raça, classe social e nível de escolaridade. Como já mencionado, o contexto histórico de escravização da população negra produz consequências até os dias atuais. Corrobora-se com Florestan Fernandes (1989) que aponta para o fato de a situação racial brasileira ter sido elaborada durante o desenvolvimento do modo de produção escravista e senhorial, além da manutenção das estruturas raciais e privilégios construídos nesse período, mesmo após a Abolição da Escravatura em 1888. Portanto, sabe-se que não é por acaso que mulheres pretas e pardas pertencem às classes sociais baixas, com menor escolaridade em relação às brancas e estão entre as principais vítimas de violência no parto.

Assim, tem-se que os marcadores raciais, de classe e escolaridade são fundamentais para análise e compreensão do perfil das mulheres que vivenciam a violência obstétrica de maneira mais recorrente. Diniz et al. (2015) aponta ainda, que somados a esses, a discriminação no tratamento às parturientes pode ocorrer baseada em múltiplos atributos classificados como positivos (ser casada, de classe média, branca, escolarizada) ou negativos (ser pobre, negra, não escolarizada, mais jovem), de forma que, quanto mais vulnerável em meio a esses requisitos elas estiverem, com mais hostilidade serão tratadas:

Estudos mostram que as mulheres são escolhidas para o treinamento de procedimentos como episiotomia, fórceps ou até mesmo cesarianas conforme o ordenamento hierárquico do valor social das pacientes [...] de modo que quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais rude e humilhante tende a ser o tratamento oferecido a ela. Assim, mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro. [...] As frequentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres são, desse modo, incorporadas como parte de rotinas e sequer causam estranhamento. (DINIZ et al., 2015, p. 4)

O atendimento discriminatório, atrelado à violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, baseado em aspectos sociais considerados positivos e negativos e sujeito à imposições de hierarquia no tratamento hospitalar, nos faz retomar o debate fomentado por Mott (2002), já mencionado em outro momento nesse texto. Conforme a autora, no século XX, os hospitais e maternidades se organizaram para atender, de forma diferenciada, as mulheres pobres e as de



classes abastadas, sendo as primeiras utilizadas para estudos clínicos e as últimas separadas em enfermarias especiais, tratadas com maior respeito e dignidade. Logo, identifica-se que o tratamento e o atendimento desiguais, bem como as situações de violência enfrentadas, possuem um caráter estrutural, histórico e cultural frente ao modelo medicalizado e hospitalar de assistência ao parto que se estabelece no Brasil.

Além disso, não se pode deixar de destacar os marcadores de opressão de gênero, raça e classe, de maneira central, quando se trata de discutir a medicalização do corpo feminino e as situações de violência obstétrica. Isso porque corroboramos bell hooks (2018) quanto à noção de que é preciso reconhecer a complexidade da experiência de ser mulher, assim como sua relação com o poder e a dominação. Por conseguinte, trata-se do esforço para o reconhecimento constante de que o machismo, o racismo e a exploração de classe são sistemas interligados de dominação que determinam “a natureza da identidade, do status e da circunstância de qualquer mulher, o grau em que ela será dominada ou não dominada”. (HOOKS, 2018, p. 63) Nesse caso, gênero, raça e classe, como sistemas conectados, ‘interseccionados’, são determinantes no contexto do parto e das violências que operam sobre as mulheres que o vivenciam.

#### 4 Considerações finais

A partir deste escrito, foi possível perceber que o parto, tomado como um evento central para esse estudo, pode ser compreendido como uma experiência diversa que carrega múltiplos significados, práticas e saberes a depender do seu tempo histórico, de quem o vivencia e das questões culturais, sociais, políticas e econômicas nele envolvidas. Nesse sentido, tratei de expor as transformações ocorridas em torno desse acontecimento no momento em que ele deixa de ser experienciado como um evento familiar, cultural, fisiológico, sob os cuidados de mulheres denominadas de parteiras, e se torna um acontecimento hospitalar, considerado perigoso e controlado por médicos e seus instrumentos.

Destaca-se que as mudanças, no que concerne às práticas e às subjetividades construídas sobre o parto, bem como quanto ao que é considerado seguro, científico, legitimado socialmente são atravessadas pelas desigualdades de gênero, raça e classe. Com isso, no que diz respeito à medicalização do corpo feminino e do parto, entendo que esse fenômeno não tem sido vivenciado de maneira homogênea entre todos os grupos de mulheres. Foi possível constatar que a medicalização abusiva do parto tenciona práticas de violência, em geral naturalizadas e empregadas de forma rotineira pelos profissionais de saúde, contemporaneamente denominadas de violência obstétrica, que atingem de maneira particular as mulheres negras.



Dessa forma, percebe-se que o racismo — atrelado às desigualdades de gênero e classe — como um dispositivo discriminatório, de produção/reprodução da diferença, da inferioridade/hierarquia, do preconceito e de poder, perpassa as discussões a respeito da medicalização do corpo das mulheres e da violência obstétrica — em geral, de maneira sutil e silenciada, tendo como pano de fundo a formação sócio-histórica e cultural da sociedade brasileira, de base patriarcal, senhorial e escravocrata. Com isso, enfatizo a necessidade da adoção da ‘interseccionalidade’ como ferramenta capaz de alinhar os marcadores de raça, gênero, classe social, orientação sexual, entre outros, compreendendo-os não como excludentes, mas justapostos.

Além disso, neste estudo, lançou-se como foco de análise o campo da saúde, tendo em vista a urgência de discutir, fomentar e promover o debate em torno da violência obstétrica, bem como de reconhecer um cenário desfavorável às mulheres negras. Nesse momento, peço licença para me colocar como mulher negra e destacar que enquanto o fator racial não for amplamente reconhecido e validado mediante as estruturas sociais e políticas, mudanças efetivas não poderão ser concretizadas.

No que diz respeito à assistência ao parto, embora seja possível assinalar um contexto nacional de retrocessos na garantia dos direitos sociais e humanos, em particular no que se refere às mulheres (principalmente, às negras, pobres e periféricas) — a exemplo do despacho publicado pelo Ministério da Saúde, em 03 maio de 2019, no qual se recomenda o não uso da expressão violência obstétrica, qualificando-a como inadequada (BRASIL, 2019) —, nota-se uma expansão do debate sobre o tema nos mais diversos espaços, como via redes sociais, especialmente levantado pelo movimento de humanização do parto. Reconheço que diversas barreiras ainda precisam ser superadas no cenário da busca por humanizar o nascimento, inclusive quanto às questões de raça e classe. No entanto, tal movimento merece destaque, à medida que luta por transformações na atenção ao parto, a partir da defesa do protagonismo feminino, no que se refere ao ato de parir e aos processos que o envolvem.

Diante do exposto, compreendo como sendo imprescindível a operação de mudanças na atuação e na própria formação dos profissionais de saúde, em geral, biomédica, baseada no uso de intervenções e da medicalização abusiva que afeta de maneira particular a mulher negra, bem como a elaboração de pesquisas nacionais<sup>9</sup> e a criação e o fortalecimento dos mecanismos de

---

<sup>9</sup> As últimas pesquisas de extensão nacional que trouxeram à tona dados relativos à violência obstétrica, foram: ‘Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado’, 2010 e, ‘Nascer no Brasil’, realizada entre 2011 e



denúncias e proteção às mulheres que vivenciam a violência obstétrica. Desse modo, depreende-se que se faz necessária a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, assim como à igualdade, à não discriminação e à equidade na atenção à saúde. Trata-se de transpor a ‘interseccionalidade’ não apenas numa dimensão conceitual, mas para o âmbito da elaboração e efetivação de políticas públicas e sociais que levem em conta os diversos sistemas de opressão em tela.

---

## Referências

AGNER, C. 1:4 e a Violência obstétrica. *Obvious*, [S.l.], 14 maio 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3wTrBbt>. Acesso em: 19 maio 2022.

ASSIS, J. F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serviço social & Sociedade*, São Paulo, n. 133, p. 547-565, 2018.

BICUDO, V. L. Atitudes dos alunos dos grupos escolares em relação com a cor dos seus colegas. In: BASTIDE, R.; FERNANDES, F. *Relações raciais entre negros e brancos na cidade de São Paulo*. São Paulo: Editora Anhembi Limitada, 1955. p. 227-310.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://bitly.com/unAYY>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Despacho*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://bitly.com/MRFOV>. Acesso em: 10 maio 2019.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991.

COSTA, L. H. R. *Memórias de parteiras: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar*. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CRENSHAW, K. *A Interseccionalidade na Discriminação de Raça e Gênero*. In: RIBEIRO, M. Cruzamento: raça e gênero. Brasília, DF: Unifem, 2004. p. 7-16.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista estudos feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

DAVIS, A. *Mulheres, Raça e Classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.

---

2013. Existe, portanto, uma demanda de atualização desses dados, uma vez que, quase uma década se passou e um novo contexto social está posto.



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Violência obstétrica: sabe o que é?* São Paulo: Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2013.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 561-572, 2016.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627- 637, 2005.

DINIZ, C. S. G *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

D'ORSI, E. *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 154-168, 2014.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. (1979). *Bruxas, parteiras e enfermeiras: uma história de curandeiras*. [S. l.]: Subta, 2016.

FERNANDES, F. *Significado do Protesto Negro*. São Paulo: Cortez, 1989.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. Brasília, DF: Fundação Perseu Abramo, 2010. Disponível em: <https://bitly.com/mouCdN>. Acesso em: 17 de jun. 2019.

FREYRE, G. *Casa Grande & Senzala: Formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. São Paulo: Global, 2003.

GOMES, B. M. C. “O papel da doula na humanização do parto vem muito nesse sentido de ajudar as mulheres a exercerem a sua autonomia”: um estudo sobre humanização do parto e maternidade realizado no Espaço Mãe do Corpo / Fortaleza - CE. 2018. Monografia. (Graduação em Serviço Social) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, São Paulo, p. 223-244, 1984.

HOOKS, bell. *Erguer a voz: pensar como feminista, pensar como negra*. São Paulo: Elefante, 2018.

KILOMBA, G. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-17, 2017.

MAIA, M. B. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.



MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 645-665, 2005.

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

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História*, São Paulo, v. 25, p. 197-219, 2002.

ODENT, M. *O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto*. São Paulo: Ground, 2003.

PAES, B. A suposta força infinita da mulher negra. *Portal Geledés*, São Paulo, 18 jul. 2015. Disponível em: <https://bityli.com/NRTVC>. Acesso em: 17 jul. 2019.

PALHARINI, L. A.; FIGUEIRÔA, S. F. M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1039-1061, 2018.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência Obstétrica: “Parirás com dor”*. [S. l.]: 2012.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface: Comunicação, Saúde. Educação*, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017.

TELLES, L. F. S. Amas de Leite. In: SCHWARCZ, L. M.; GOMES, F. S. *Dicionário da Escravidão e Liberdade: 50 textos críticos*. São Paulo: Companhia das letras, 2018. p. 101- 108.

THÉBAUD, F. A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 415-427, 2002.

TORNQUIST, C. S. *Parto e Poder: O movimento de humanização do parto no Brasil*. 2004. Tese (Doutorado em Antropologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 67-78.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

