

ARTIGO ORIGINAL

Representações sociais de gestantes negras sobre violência obstétrica

Social representations of black pregnant women regarding obstetric violence

Representaciones sociales de las mujeres embarazadas negras sobre la violencia obstétrica

Michelle Araújo Moreira¹, Caio Santos Conceição²

Como citar este artigo: Representações sociais de gestantes negras sobre violência obstétrica. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2025 [acesso:_____]; 15(1):e20257493. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v15i1.7493>

RESUMO

Objetivo: Analisar as representações sociais de gestantes negras sobre violência obstétrica. **Métodos:** Estudo qualitativo, realizado com 12 gestantes, em duas Unidades de Saúde da Família do sul da Bahia entre outubro e novembro de 2023. Os dados foram coletados através do prontuário físico e entrevista semiestruturada, e analisados pela estatística descritiva simples e técnica de conteúdo temática proposta por Bardin. **Resultados:** Nota-se que o conceito de violência obstétrica entre gestantes negras é limitado, uma vez que resumem este fenômeno social ao momento específico do parto. As ações caracterizadas como violência obstétrica, cometidas por profissionais de saúde, são reveladas por manejos ou condutas físicas agressivas, desnecessárias e sem evidências científicas bem como por abusos psicológicos e negligência, em especial atribuídos a cor da pele. **Conclusão:** Conclui-se que a orientação da gestante durante o pré-natal sobre os seus direitos é essencial para a prevenção da violência obstétrica.

Descritores: Representação social; Gestantes; População Negra; Violência Obstétrica.

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, Especialista em Cuidado pré-natal, Especialista em Enfermagem Obstétrica. Mestre em Enfermagem, Doutora em Enfermagem, Pós-doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. E-mail: mamoreira@uesc.br. Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus/Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6998-8665>

² Graduando em enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz. E-mail: csconceicao.efe@uesc.br. Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus/Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0009-0003-2278-4483>



ABSTRACT

Objective: To analyze the social representations of black pregnant women about obstetric violence. **Methods:** A qualitative study was conducted with 12 pregnant women in two Family Health Units in southern Bahia between October and November 2023. Data were collected through physical medical records and semi-structured interviews, and analyzed using simple descriptive statistics and thematic content technique proposed by Bardin. **Results:** It is noted that the concept of obstetric violence among black pregnant women is limited, since it summarizes this social phenomenon to the specific moment of childbirth. The actions characterized as obstetric violence, committed by health professionals, are revealed by aggressive, unnecessary and unscientific management or physical conduct, as well as by psychological abuse and negligence, especially attributed to skin color. **Conclusion:** It is concluded that the orientation of pregnant women during prenatal care about their rights is essential for the prevention of obstetric violence.

Descriptors: Social Representation; Pregnant People; Black People; Obstetric Violence.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las representaciones sociales de las gestantes negras sobre la violencia obstétrica. **Métodos:** Se realizó un estudio cualitativo con 12 gestantes de dos Unidades de Salud de la Familia del sur de Bahía, entre octubre y noviembre de 2023. Los datos fueron recolectados a través de historias clínicas físicas y entrevistas semiestructuradas, y analizados mediante estadística descriptiva simple y técnica de contenido temático propuesta por Bardin. **Resultados:** Se observa que el concepto de violencia obstétrica entre las gestantes negras es limitado, ya que resume este fenómeno social al momento específico del parto. Las acciones caracterizadas como violencia obstétrica, cometidas por profesionales de la salud, se revelan por el manejo o la conducta física agresiva, innecesaria y no científica, así como por el abuso psicológico y la negligencia, especialmente atribuida al color de la piel. **Conclusión:** Se concluye que la orientación de las gestantes durante la atención prenatal sobre sus derechos es fundamental para la prevención de la violencia obstétrica.

Descriptores: Representación Social. Personas Embarazadas. Población Negra. Violencia Obstétrica.

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica (VO) enquadra-se em uma das múltiplas facetas da violência contra a mulher e é caracterizada por abusos sofridos durante o período gravídico-puerperal, sendo estes de dimensão física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual e social. A VO abarca as falhas estruturais que reverberam

na assistência prestada pelos profissionais de saúde além da negligência, imperícia e imprudência que resultem em comprometimento do bem-estar materno, fetal e familiar, quer no âmbito público ou particular.¹⁻²

Nesse sentido, evidencia-se que as mulheres são susceptíveis a VO, especialmente as negras, que muitas vezes sofrem maior vulnerabilidade do ponto de



vista sociocultural, econômico e de acesso aos serviços de saúde, momento em que práticas desrespeitosas, tal como a privação da presença do acompanhante, a não administração de analgesia, a manutenção na posição litotômica para parir, as violências verbais através de xingamentos, chacotas e desvalia são cotidianamente cometidas por profissionais de saúde.³

Tais ações violentas podem levar ao sofrimento físico e mental destas mulheres durante a gestação, parto e puerpério, principalmente para aquelas com baixo conhecimento sobre o fenômeno.⁴

Por outro lado, pode ocorrer a naturalização da VO por parte das mulheres, mantendo-as em um ciclo de violência durante um período de extrema importância para quem pode e deseja gestar, parir e desenvolver relações afetivas com o filho, sendo necessário desenvolver estratégias para mitigar e coibir tais práticas.⁵⁻⁶

Portanto, esse estudo justificou-se na medida em que busca conhecer as representações sociais de gestantes negras sobre VO, dando voz a um grupo vulnerabilizado histórica e socialmente e invisibilizado pelo racismo estrutural, permitindo que as disparidades na assistência obstétrica sejam combatidas,

ampliando o debate sobre o tema e promovendo a reflexão/mudança, dos profissionais de saúde, sobre suas práticas.

A relevância social e científica do estudo é perceptível na medida em que revela as simbologias de gestantes negras sobre a VO, garantindo a elaboração de projetos ou estratégias de atuação para a garantia dos direitos de gestantes, parturientes e puérperas, através de práticas assistenciais inclusivas e com recorte étnico-racial.

Para tanto, delimitou-se como questão norteadora: quais as representações sociais de gestantes negras sobre VO? Objetivando responder ao questionamento, definiu-se como objetivo geral do estudo: analisar as representações sociais de gestantes negras sobre VO e como objetivos específicos: traçar o perfil biopsicossocial de gestantes negras; levantar o conceito de VO entre gestantes negras; e conhecer as ações caracterizadas como VO, cometidas por profissionais de saúde, a partir das simbologias de gestantes negras.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo que possibilita a investigação dos fatos ou fenômenos



desconhecidos ou pouco explorados e a compreensão do contexto em que eles ocorreram ou ocorrem, permitindo uma análise apurada.⁷⁻⁸

Os locais do estudo foram duas Unidades de Saúde da Família (USF), situadas no Sul da Bahia. A USF I possui uma equipe de saúde da família (eSF), e a USF II engloba três eSF, ambas com quadro mínimo completo da equipe multiprofissional. No que se refere ao pré-natal, a USF I atende em média 13 gestantes e a USF II atende 30 gestantes, semanalmente.

As participantes do estudo foram 12 gestantes autodeclaradas negras (pretas e pardas) conforme os critérios de inclusão: maiores de 18 anos, acompanhadas no programa de pré-natal, independentemente do número de consultas, em qualquer trimestre gestacional. Entretanto, os critérios de exclusão foram: aquelas que tiveram perda fetal ou aborto durante a fase de coleta de dados, que apresentaram transtorno mental grave que impossibilitasse a comunicação com o(a) pesquisador(a), que receberam diagnóstico durante o pré-natal de alguma síndrome congênita, deficiência ou malformação fetal e mulheres surdas/mudas.

Dessa maneira, a partir do levantamento das participantes, foram

apresentados os objetivos da pesquisa, os métodos a serem utilizados, os possíveis riscos e benefícios que poderiam ocorrer, a relevância social e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), este último sendo assinado em caso de concordância em participar do estudo.

A coleta dos dados foi realizada através da consulta no prontuário e complementada por um roteiro de entrevista semiestruturado, aplicado de forma presencial e gravado por um aparelho digital entre outubro e novembro de 2023.

O perfil das gestantes foi processado pela estatística descritiva simples, e as questões abertas devidamente transcritas foram analisadas pela técnica de conteúdo temática proposta por Bardin, a partir de três fases: pré-análise, exploração de materiais e tratamento.⁹

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), sendo aprovada sob número de parecer 6.532.702, ancorado nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, sendo as participantes do estudo nomeadas pela letra E (entrevistada) seguida de numeração cardinal.



RESULTADOS

Compreende-se que a VO acomete gestantes negras com mais veemência, devido às múltiplas vulnerabilidades a que estão expostas, especialmente nos serviços de saúde públicos e privados. Portanto,

traçar o perfil biopsicossocial destas mulheres é imprescindível para que possamos revelar aspectos ligados ao fisiológico, às desigualdades sociais e as dimensões emocionais que perpassam o ciclo gravídico-puerperal, como destacado na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil biopsicossocial de gestantes negras. Bahia, (n=12), 2023.

VARIÁVEIS	N	PERCENTUAL
Idade		
19-29	7	58,30%
30-40	5	41,70%
Cor/etnia		
Parda	7	58,30%
Preta	5	41,70%
Naturalidade		
Ilhéus	7	58,30%
Itabuna	4	8,40%
Uruçuca	1	33,30%
Estado civil		
Casada	4	33,30%
Solteira	8	66,70%
Escolaridade		
Fundamental incompleto	3	25,00%
Fundamental completo	1	8,30%
Médio incompleto	2	16,70%
Médio completo	5	41,70%
Superior em andamento	1	8,30%
Ocupação		
Autônoma	3	25,00%
Dona de casa	5	41,70%

(Continuação)



Tabela 1 – Perfil biopsicossocial de gestantes negras. Bahia, (n=12), 2023.

VARIÁVEIS	N	PERCENTUAL
Ocupação		
Faxineira	1	8,30%
Manicure	2	16,70%
Operadora de caixa	1	8,30%
Renda familiar		
Nenhuma	1	8,30%
1 a 3 salários mínimos	11	91,70%
Religião		
Católica	2	16,70%
Evangélica	7	58,30%
Sem religião	3	25,00%
Número de gestações anteriores		
1	5	41,70%
2	2	16,70%
3	1	8,30%
4	1	8,30%
Tipo de parto(s)		
Vaginal	8/11	72,70%
Cesárea	5/11	45,50%
Número de partos hospitalares		
Nenhum	1	8,3%
1	4	33,4%
2	5	41,7%
3	1	8,3%
4	1	8,3%
Teve acompanhante durante a internação?		
Sim	9	75,00%
Não	3	25,00%
Procedimentos realizados pela equipe, mas sem consentimento e orientação		
Ausência de liberdade de posição no parto	9/12	75,00%
Toques vaginais repetitivos	4/12	33,33%
Manobra de kristeller	5/12	41,66%
Amniotomia	7/12	58,33%



Uso de enema	2/12	16,66%
Sondagem vesical	1/12	8,33%

(Continuação)

Tabela 1 – Perfil biopsicossocial de gestantes negras. Bahia, (n=12), 2023.

VARIÁVEIS	N	PERCENTUAL
Procedimentos realizados pela equipe, mas sem consentimento e orientação		
Episiotomia	8/12	66,66%
Número de abortos		
Nenhum	8	66,7%
1	3	25,0%
2	-	-
3	1	8,3%
Adoecimento mental antes da gravidez		
Sim	1	8,3%
Não	11	91,7%
Idade gestacional em semanas		
0 - 13	1	8,3%
14 - 26	3	25,0%
27 - 40	8	66,7%
Gravidez planejada		
Sim	6	50,0%
Não	6	50,0%
TOTAL	12	100%

Fonte: Dados do roteiro de entrevista e prontuário físico.

Após a análise do perfil, procedeu-se à leitura minuciosa das entrevistas semiestruturadas, com posterior codificação e definição de duas grandes categorias, detalhadas a seguir:

1. O constructo sobre VO entre gestantes negras

Nota-se que o conceito de VO entre gestantes negras é limitado, uma vez que resumem este fenômeno social ao momento específico do parto, caracterizado por manejos ou condutas físicas agressivas, desnecessárias e sem



evidências científicas bem como por abusos psicológicos e negligência, como percebido a seguir:

Para mim é o apertar. Eu achei muito extravagante subir em cima do leito para apertar minha barriga (E5).

É quando eles forçam algo no parto (E3).

*É tentar o parto normal de toda forma, a pessoa sofrendo lá, a ponto de perder o bebê e a pessoa continua forçando (E12).
Ter que ir depilada (E12).*

É depilar com ignorância, deixar a gente sofrendo muito, sentindo muita dor. Eu ouvi também que se a mulher tiver sentindo dor e eles aplicarem a injeção para aumentar a dor é violência obstétrica também (E10).

Procedimentos feitos de forma grosseira, negação de atendimento, excesso de perguntas em horas inadequadas (E9).

Acrescido a isso, evidenciam-se outras facetas do conceito de VO entre as gestantes negras, a citar pela falta de informações sobre os procedimentos, o desrespeito à autonomia, a invasão da privacidade e a negação de acompanhante, como destacado abaixo:

É quando os médicos não atendem devidamente, não explicam os procedimentos (E7).

Quando a mulher grita e o médico manda parar (E6).

Acho que é a invasão da privacidade, daquilo que você não permitiu (E8).

Falar que não pode ter acompanhante (E1).

Desse modo, observa-se que o conhecimento de gestantes negras sobre VO ainda é restritivo, não abarcando o período pré-natal, puerperal e as situações de abortamento. Contudo, no que tange aos tipos de VO, revela-se as dimensões biológica, psicológica, social e interrelacional, podendo ser perpetrada por diferentes categorias profissionais.

2. Violência obstétrica por parte dos profissionais de saúde: controle sobre o físico, emocional, comportamental e familiar

As ações caracterizadas como VO, cometidas por profissionais de saúde, são reveladas pelas gestantes negras, através de comentários maldosos e humilhações durante a assistência no ciclo gravídico-puerperal, como explicitado a seguir:

Tive cinco sangramentos, fui várias vezes ao hospital e o médico ficava falando: não sei o que você está fazendo aqui, isso é ameaça de aborto, era pra você estar deitada. Volte para casa, se for aborto vai



morrer, pronto e acabou (E11).

Estava morrendo de dor e a enfermeira ficava falando: Você não está sentindo nada. Ficavam fazendo piada como se elas fossem experientes e eu a iniciante (E9).

Na hora do parto o médico falou: vou fazer o parto, mas não garanto a vida não viu! (E11).

O médico viu que eu era a última, não esperou a anestesia pegar, senti tudo. Ele estava com pressa. Os pontos abriram em casa. Ele falou: qualquer coisa dou o remendo nela (E2).

Outra questão importante é a diferença no tratamento de gestantes negras devido à cor de pele e vestimentas, demonstrando que as desigualdades sociais e econômicas que permeiam o cotidiano destas mulheres foram consideradas pré-requisitos para um atendimento desrespeitoso por parte de alguns profissionais, como destacado a seguir:

Eles veem que a gente está ali esperando e passam as mulheres brancas, vão passando na nossa frente e a gente não pode falar nada (E5).

O povo julga pela forma que a gente se veste. Quando a gente vai parir, a gente é jogada de qualquer jeito. Com as ladys é toda educação: senta aqui, senhora! E com a gente o tratamento é ruim, como se falassem: Você não precisa

parir aqui não, pode parir em casa! (E9).

Além disso, evidencia-se um tratamento violento por parte dos profissionais de saúde, incluindo maus-tratos, ameaças, gritos, administração de medicamentos sem consentimento, menosprezo, abandono e procedimentos proscritos, como indicados abaixo:

No terceiro parto sofri violência obstétrica. A enfermeira ficou com ignorância comigo. Fiquei internada sem acompanhante. Tudo que estava acontecendo de maus-tratos estava passando para o meu marido, e a enfermeira ameaçou tomar meu celular. Meu marido correu atrás da assistente social para conseguir meus documentos e prontuário, para dar a queixa e fazer minha transferência, mas a assistente social negou. Se não fosse pela demora meu bebê estaria vivo (E10).

Sofri grosseria, ameaça, gritos, dar remédio sem me avisar. Me deram 100mg de diazepam sem me avisar, eu tentando evitar de minha filha nascer cedo e eles dizendo que eu estava tentando expulsar minha filha. Eles diziam que eu queria matar minha filha. Eu pedia socorro, mas ninguém me escutava, gostaria de ter sido ouvida (E11).

A equipe conversava muito e me deixou largada, elas vinham, conversavam com todas e eu era a única que ficava sozinha (E8).



Eles falaram: quando vim a dor você faz força, para eu não ficar fazendo força em vão. A parteira era bem grossa, mas na hora da dor a gente nem liga direito. Gostaria de ser tratada melhor (E4).

Observa-se ainda o uso rotineiro de ocitocina na intenção de acelerar o trabalho de parto, sendo administrado muitas vezes sem consentimento ou com informações deturpadas sobre seu efeito, como apontadas a seguir:

Não explicaram. Depois fui saber que a injeção era para aumentar a dor (E10).

Me botaram soro para a dor vir, achei sem necessidade. Falaram que era para me acalmar (E6).

Em seguida, verifica-se a realização de toques seriados, causando constrangimento, desconforto e dor de maneira desnecessária, sendo uma forma de invasão da privacidade e comprometimento da integridade física da mulher, como demonstrado abaixo:

No primeiro perdi as contas de quanto fui tocada. Como cheguei no período da manhã na maternidade e fiquei até o outro dia, toda hora o médico vinha e fazia o toque para ver se tinha dilatado. O toque cansa. Não é questão de dor, é que eu estava sem forças e toda hora tinha que abrir as

pernas para fazer o toque (E9).

É meio estranho, ele bota o dedo bem lá dentro para sentir (E4).

Recebi o toque da enfermeira chefe e de dois médicos. O primeiro toque do médico foi tranquilo, mas o segundo e terceiro, misericórdia! Achei meio desconfortável (E7).

Disseram que era pra ver o tampão. É o pior que tem, machuca, dói demais, é uma dor terrível (E11).

Constata-se ainda o desrespeito a autonomia da mulher no que se refere à alimentação durante o trabalho de parto, ao direito de ter acompanhante e à liberdade de posição no momento do parto, fazendo-as naturalizar algumas ações, como discutido a seguir:

O médico não deixou me dar comida (E2).

Não pode comer não! (E8).

Porque foi cesárea e cesárea não pode tomar líquido (E7).

Tem que ficar na sala de espera e depois vai para a sala de parto ficar amarrada com a perna em dois suportes (E8).

Nos dois partos fiquei deitada, o neném tinha que passar, não tinha outro jeito (E9).

Eles que falam, eles que colocam no lugar (E11).

Era meu primeiro filho, acho que deveria ter acompanhante. A pessoa



inexperiente, tendo seu primeiro filho, não sei o motivo de não ter, fiquei só (E8).

É tanto que fiquei com medo, que vi dois ferrões, eu pensei: aí meu Deus, socorro! Hoje vejo que é a pior posição para ter o parto (E1)

Ademais, percebe-se a privação do contato imediato da puérpera com o recém-nascido (RN) nos primeiros momentos do nascimento, de forma não esclarecida, inviabilizando o contato pele a pele, interferindo no vínculo mãe-filho e desencadeando estresse emocional, como relatado a seguir:

Me mostrou e levaram. Deixaram sozinho no berçário, não tinha ninguém, não me deixou pegar não (E2).

Quando meu filho nasceu pediram para eu ficar olhando para o lado onde a pediatra iria passar, só depois que eles me deram (E8).

No segundo levaram, limparam, fizeram as coisas e depois trouxeram (E9).

Me mostraram por uns 5 segundos e levaram sem explicar para onde iriam, o que estavam fazendo. Eu pedi para minha mãe ir atrás para saber o que estava acontecendo (E11).

Em suma, reconhecem-se inúmeras práticas caracterizadas como VO entre gestantes negras assistidas pelos

profissionais de saúde, com ênfase sobre os aspectos emocionais e o corpo físico da mulher.

DISCUSSÃO

A VO acomete mulheres de todas as etnias, porém, atinge de forma mais agressiva mulheres negras, considerando as vulnerabilidades que permeiam esse grupo de forma interseccional, principalmente no que tange ao racismo estrutural, institucional e obstétrico.¹⁰

Para tentar compreender a influência do racismo na vida de gestantes negras, é importante reconhecer a sua fundamentação social. O racismo estrutural é a forma em que o racismo está enraizado na sociedade de forma normalizada, em meio às relações sociais, econômicas, políticas e jurídicas, originando desigualdades. Por outro lado, o racismo institucional, quando aplicado aos serviços de saúde, corresponde à falha da instituição em prover tratamento adequado ao indivíduo devido a sua cor, cultura ou origem étnica, afetando a relação entre usuário e profissionais da saúde. Já o racismo obstétrico, é o viés final da VO sofrido por mulheres negras, interseccionado no racismo estrutural e racismo institucional, que não se limita



apenas a negligência, desrespeito, coerção ou abuso por parte de profissionais de saúde, mas também a estigmatização histórica das mulheres negras.¹¹⁻¹²⁻¹³

Portanto, os diferentes tipos de racismo associado ao perfil em ser gestante negra, jovem, residente em cidades de interior da Região Nordeste e com baixa renda, possibilita perceber os processos discriminatórios por quais essas mulheres vivenciam e os riscos de experienciar fenômenos de grande magnitude, como a VO.^{14,12}

Além disso, grande parte das gestantes negras é solteira, tem como ocupação às atividades de dona de casa e são evangélicas. Nesse sentido, é importante problematizar a solidão da mulher negra, que é frequentemente abandonada por sua parceria após engravidar e sofre muitas vezes com as dinâmicas religiosas e moralistas que pregam a submissão feminina, algo que influencia no comportamento da gestante durante a assistência, fazendo-as muitas vezes naturalizar processos de VO.¹⁵⁻¹⁶

Percebe-se ainda que, a maior parte das gestantes negras está no período à termo da gravidez, são secundigestas, com a maioria das gestações anteriores por parto vaginal e algumas cesáreas, realizada no ambiente hospitalar. É importante

salientar que a maior incidência de negação de analgesia e violência física ou verbal ocorre com mulheres negras, pelo estereótipo da gestante negra ser considerada parideira por excelência e aguentar mais dor, ocasionando graves situações de VO como abusos, humilhações, dentre outros. Bem como, a metade das gestantes negras estão em uma gravidez não planejada, fator que pode ser influenciado pela ausência ou carência de assistência à saúde de qualidade, especialmente no que se refere ao planejamento reprodutivo e informações fidedignas sobre educação sexual e reprodutiva.¹⁷

Por sua vez, tem-se a dimensão psicológica das gestantes negras, revelada através de adoecimento mental anterior à gestação e processos de abortamento vivenciados, susceptibilizando a ocorrência de V.O de caráter psicológico, por meio de julgamentos de teor moral, pessoal e religioso por parte dos profissionais de saúde. Portanto, atentar para estes momentos de grande fragilidade emocional é imprescindível para evitar que práticas assistenciais desrespeitosas possam ser perpetradas por profissionais de saúde.⁵

Ademais, desvela-se um fator preocupante, o desconhecimento de gestantes negras sobre VO, que pode



possibilitar a invisibilidade ou naturalização dos processos violentos no cotidiano da assistência à saúde. Acrescido a isso, nota-se que o racismo estrutural e institucional contribui para que alguns direitos de gestantes negras sejam negligenciados, visto que as desigualdades sociais são relativizadas e pormenorizadas pela gestão de instituições de saúde e pelo poder público, a exemplo do tratamento diferencial e discriminatório e no direito à saúde e à proteção a maternidade e a infância. Contudo, observa-se aos poucos que a discussão sobre VO vem sendo popularizada, visto que as principais fontes de conhecimento apontadas pelas gestantes foram as redes sociais, através de vídeos informativos.^{11,10}

Desse modo, reconhece-se que as práticas abusivas, realizadas por profissionais de saúde, durante a gestação atual ou anteriores foram apontadas pelas gestantes negras, com destaque para o profissional médico, tendo ele sido identificado como portador do poderio do “saber médico”, sobreposto aos conhecimentos, desejos e necessidades das gestantes, parturientes e puérperas negras, o que caracteriza a VO.⁴

Atrelado a isso, as gestantes negras evidenciaram que gritos, comentários maldosos, humilhações, menosprezo,

abandono, ameaças e tratamento diferente devido a cor da pele e vestimenta constituíam suas vivências sobre a VO. Entende-se que o corpo da mulher negra é sexualizado ou marginalizado perante a sociedade, ficando aquém das políticas públicas de saúde que abarcam o ciclo gravídico-puerperal e as situações de abortamento.¹⁰

Embora práticas como toques repetitivos e seriados, amniotomia precoce, enema, sondagem vesical, episiotomia e manobra de *Kristeller* estejam proibidos e/ou proscritos, ainda são realizados na assistência pré-natal, parto e puerpério, especialmente em gestantes negras, como revelado neste estudo. Pesquisas atestam que mulheres negras têm mais chances de sofrer manobra de *Kristeller*, privação de alimento, amniotomia precoce e menor chance de serem beneficiadas com métodos não farmacológicos de alívio da dor, delineando a VO. Evidencia-se nestas ações a manifestação do racismo obstétrico, revelado através de ações discriminatórias e de caráter punitivo durante a assistência à saúde, endossado pela desconsideração da integridade física e emocional na gestante negra, baseados em preconceitos e estereótipos raciais.¹⁷

De tal forma, apresenta-se a administração não consensual ou



informada de fármacos tranquilizantes na intenção de cessar as manifestações emocionais das gestantes negras no momento dos partos anteriores, bem como a administração de ocitocina com informações deturpadas sobre o seu efeito. Evidencia-se, por meio dessas ações, a medicalização desnecessária do parto, realizada pelos profissionais de saúde na intenção de acelerar esse processo, bem como repreender e/ou relativizar os sentimentos das mulheres e negar-lhes o direito ao consentimento para a realização de procedimentos ou administração de medicamentos, reforçando a imposição da disciplina e submissão feminina nestes espaços de saúde, gerando impactos negativos na qualidade de vida das mulheres. Com isso, é necessário prover informações suficientes, de maneira individualizada para cada gestante, parturiente ou puérpera, para a tomada de decisões pautadas em riscos e benefícios reais.³

Portanto, além de ter seus direitos básicos violados, as gestantes negras são tratadas como coadjuvantes em todo o processo de gestar, parir e nascer, momento em que profissionais de saúde negam a alimentação, a escolha da posição no parto, o direito ao acompanhante e o

contato pele a pele com o RN saudável nos primeiros momentos do nascimento.

É importante destacar que a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, conhecida como Lei do Acompanhante, assegura o direito ao acompanhante. Entretanto, observa-se em várias ocasiões uma seletividade nessa permissão, influenciada pela raça/cor, resultando em maiores benefícios para mulheres brancas em comparação com mulheres negras. Não obstante, os resultados deste estudo, alinhados a uma pesquisa realizada no Estado de Tocantins, corroboraram com o cumprimento desta legislação, destacando a importância da elaboração de políticas públicas para a proteção da gestação, parto e puerpério.¹⁸

Por fim, é perceptível a necessidade por educação permanente para que os profissionais de saúde possam ofertar uma assistência igualitária e respeitosa as gestantes negras, com a desconstrução de valores racistas, excludentes e violentos.¹⁹

CONCLUSÕES

Diante do exposto, observa-se a necessidade do empoderamento de mulheres negras, através de conhecimentos e atitudes, principalmente no período gravídico-puerperal, para que essas estejam



cientes dos seus direitos e não vivenciem situações de VO. Soma-se a isso a importância de orientar também o acompanhante ou rede de apoio, visto que a mulher negra está em posição de maior vulnerabilidade durante este período com vistas a mitigar VO.

Nesse sentido, o pré-natal de qualidade é uma ferramenta essencial na prevenção da VO, desde que seja elucidado os meios de identificação da VO e denúncia durante as consultas. É substancial que haja afinco nas ações de educação permanente com foco na VO, e em temáticas antirracistas e decoloniais, na tentativa de sensibilizar e combater a VO e as discriminações de cunho racial. As limitações do estudo foram o baixo número de gestantes negras em acompanhamento nas USFs selecionadas. Contudo, este quantitativo não interferiu na potencialidade da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Pauletti, JM, Ribeiro JP, Soares, MC. Violência obstétrica: manifestações postadas em grupos virtuais no Facebook. *Enfermería (Montev.)*. 2020;9(1):1-18. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v9n1/2393-6606-ech-9-01-3.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2145>.
2. Martínez-Galiano JM, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*. 2021;34(5):e526-e536. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519220303590?casa_token=2eHdSul8ftAAAAA:J1RaIAzJMgHGr09WOWTJsrvTS81cZk3Ife_bVXhDuCaKBFoVtJTxFvfn1TN_Dws0982e_C-QJvS. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>.
3. Lima KD, Pimentel C, Lyra TM. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021;26(3):4909-18. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26suppl3/4909-4918/pt/>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>.
4. Kappaun A, Costa, MMM. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. *Rev Paradigma*. 2020;29(1):71-86. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1446/1544>.
5. Moreira MA, Souza AS, Oliveira PM, Souza MX, Junior JCA, Ribeiro PS. Obstetric violence in the abortion process. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2023;12(2):e3166–e3166. Disponível em: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/3166/3071>. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v12i2.3166>.
6. Freitas MMRRC, Aragão JCS. A naturalização da violência obstétrica e as dificuldades do reconhecimento dos seus sinais. *Rev Praxis*. 2021;13(26):15-22. Disponível em: <https://unifoa.emnuvens.com.br/praxis/article/view/1742/2874>.



7. Proetti S. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: Um estudo comparativo e objetivo. *Rev Lumen*. 2018;2(4):1-23. Disponível em: <https://www.periodicos.unifai.edu.br/index.php/lumen/article/view/60/88>. DOI: <https://doi.org/10.32459/revistalumen.v2i4.60>.
8. Fernandes AM, Bruchéz A, d'Avila AAF, Castilhos NC, Olea PM. Metodologia de pesquisa de dissertações sobre inovação: análise bibliométrica. *Desafio online*. 2018;6(1):141-9. Disponível em: <https://desafioonline.ufms.br/index.php/desafioonline/article/view/3539/4259>.
9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 70ª edição. São Paulo: Edições 70; 2016.
10. Brito CMC, Oliveira ACGA, Costa APCA. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. *Cad Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2020;9(1):120-40. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/604>. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.604>.
11. Bersani H. Aportes teóricos e reflexões sobre o racismo estrutural no Brasil. *Revista Extraprensa*. 2018;11(2):175-96. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/extraprensa/article/view/148025>. DOI: <https://doi.org/10.11606/extraprensa2018.148025>.
12. Oliveira BMC, Kubiak F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde em Debate*. 2019;43(122):939-48. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43n122/939-948/pt/>. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>.
13. Davis D. Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. *Medical Anthropology*. 2018;38(7):1-14. DOI: <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>.
14. Gomes NL, Laborne AAP. Pedagogia da crueldade: racismo e extermínio da juventude negra. *Educação em Revista*. 2018;34(e197406). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/yyLS3jZvjzrvqQXQc6Lp9k/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-4698197406>.
15. Mizael TM, Barrozo SCV, Hunziker MHL. Solidão da mulher negra: uma revisão da literatura. *Rev da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*. 2021;13(38):212-39. Disponível em: file:///C:/Users/mamor/Downloads/Solidao_Da_Mulher_Negra_Uma_Revisao_Da_L.pdf. DOI: <https://doi.org/10.31418/2177-2770.2021.V13.N.38.P212-239>.
16. Souza IPD. Formas e implicações do racismo entre nós: dialogando com os clássicos. *Rev Conexão na Amazônia*. 2021;2(1):5-27. Disponível em: <https://periodicos.ifac.edu.br/index.php/revistarca/article/view/6/13>.
17. Alves G, Lopes RS, Cabral JN, Moreira APA, Cecílio JO, Batista ASFC. Relação entre iniquidade racial e violência obstétrica no parto. *Rev científica da escola estadual de saúde pública de Goiás Cândido Santiago*. 2023;9:1-19. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/547/312>.
18. Gosch CS, Pereira IB, Mundoco LS. Análise da percepção de puérperas sobre a assistência ao parto em uma maternidade do Tocantins. *Femina*. 2020;48(7):422-6. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1117443/femina-2020-487-422-426.pdf>. Pereira MG, Soares DP, Silva CRDV, Galiza DDF, Andrade ME, Fernandes MC. Da igualdade ao equânime: singularidades do cuidado do enfermeiro à mulher negra



na atenção básica. Rev Enferm Atenção Saúde. 2023;12(1):e202362. Disponível em:
<https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/5368/6638>.
DOI:
<https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.5368>.

RECEBIDO: 08/04/24
APROVADO: 16/06/25
PUBLICADO: 07/2025

