

ARTÍCULO ORIGINAL

Representaciones sociales de las mujeres embarazadas negras sobre la violencia obstétrica

Representações sociais de gestantes negras sobre violência obstétrica

Social representations of black pregnant women regarding obstetric violence

Michelle Araújo Moreira¹, Caio Santos Conceição²

Cómo citar este artículo: Representaciones sociales de las mujeres embarazadas negras sobre la violência obstétrica. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2025 [acceso en: ____]; 15(1):e20257493. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v15i1.7493>

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.

¹ Enfermera. Especialista en Salud Pública, Especialista en Atención Prenatal, Especialista en Enfermería Obstétrica. Maestría en Enfermería, Doctorado en Enfermería, Posdoctorado en Enfermería por la Universidad Federal de Bahía. Correo electrónico: mamoreira@uesc.br . Universidad Estatal de Santa Cruz. Ilhéus/Bahía, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6998-8665>

² Estudiante de pregrado en enfermería en la Universidad Estatal de Santa Cruz. Correo electrónico: csconceicao.efe@uesc.br . Universidad Estatal de Santa Cruz. Ilhéus/Bahía, Brasil. <https://orcid.org/0009-0003-2278-4483>



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 à 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.

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.

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica (VO) es una de las múltiples facetas de la violencia contra la mujer y se caracteriza por el maltrato sufrido durante el período gestacional y puerperal, que puede ser físico, psicológico, verbal, simbólico o sexual y social. La VO abarca fallas estructurales que repercuten en la atención

brindada por los profesionales de la salud, además de negligencia, incompetencia e imprudencia que comprometen el bienestar materno, fetal y familiar, tanto en el ámbito público como en el privado.¹⁻²

En este sentido, se evidencia que las mujeres son susceptibles a la VO, especialmente las mujeres negras, quienes suelen sufrir mayor vulnerabilidad desde el punto de vista sociocultural, económico y



de acceso a los servicios de salud, momento en el que prácticas irrespetuosas, como la privación de la presencia del acompañante, la no administración de analgesia, el mantenimiento en posición de litotomía para dar a luz, la violencia verbal mediante insultos, burlas y desvalorización son cometidas diariamente por los profesionales de la salud.³

Estas acciones violentas pueden provocar sufrimiento físico y mental a estas mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto, especialmente a aquellas con poco conocimiento sobre el fenómeno.⁴

Por otro lado, las mujeres pueden naturalizarse como portadoras de VS, manteniéndolas en un ciclo de violencia durante un período de extrema importancia para quienes pueden y quieren concebir, dar a luz y desarrollar relaciones afectivas con sus hijos, siendo necesario desarrollar estrategias para mitigar y prevenir dichas prácticas.⁵⁻⁶

Por tanto, este estudio se justificó en la medida en que busca comprender las representaciones sociales de las embarazadas negras sobre la VO, dando voz a un grupo histórica y socialmente vulnerable e invisibilizado por el racismo estructural, permitiendo combatir las disparidades en la atención obstétrica, ampliando el debate sobre el tema y

promoviendo la reflexión/cambio, entre los profesionales de la salud, sobre sus prácticas.

La relevancia social y científica del estudio es perceptible en la medida en que revela las simbologías de las gestantes negras en relación a la VO, garantizando el desarrollo de proyectos o estrategias de acción para garantizar los derechos de las gestantes, parturientas y puerperales, mediante prácticas de atención inclusivas con enfoque étnico-racial.

Para ello, se definió la pregunta guía: ¿Cuáles son las representaciones sociales de las mujeres negras embarazadas sobre la VO? Para responder a esta pregunta, el objetivo general del estudio fue analizar las representaciones sociales de las mujeres negras embarazadas sobre la VO. Los objetivos específicos fueron: delinejar el perfil biopsicosocial de las mujeres negras embarazadas; profundizar en el concepto de VO entre las mujeres negras embarazadas; y comprender las acciones caracterizadas como VO, realizadas por profesionales de la salud, con base en las simbologías de las mujeres negras embarazadas.

MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo que permite la



indagación de hechos o fenómenos desconocidos o poco explorados y la comprensión del contexto en el que ocurrieron u ocurren, permitiendo un análisis preciso.⁷⁻⁸

Los sitios de estudio fueron dos Unidades de Salud Familiar (USF), ubicadas en el sur de Bahía. La USF I cuenta con un equipo de salud familiar (eSF), y la USF II incluye tres eSF, ambas con un mínimo de un equipo multidisciplinario completo. En cuanto a la atención prenatal, la USF I atiende un promedio de 13 mujeres embarazadas y la USF II atiende 30 mujeres embarazadas por semana.

Los participantes del estudio fueron 12 Mujeres embarazadas que se declararon negras (negras y morenas) según los criterios de inclusión: mayores de 18 años, con seguimiento en el programa prenatal, independientemente del número de consultas, en cualquier trimestre gestacional. Sin embargo, los criterios de exclusión fueron: quienes sufrieron pérdida fetal o aborto durante la fase de recolección de datos, quienes padecían un trastorno mental grave que les impedía comunicarse con la investigadora, quienes recibieron un diagnóstico durante la atención prenatal de algún síndrome

congénito, discapacidad o malformación fetal, y mujeres sordomudas.

Así, con base en la encuesta a los participantes, se presentaron los objetivos de la investigación, los métodos a utilizar, los posibles riesgos y beneficios que pudieran presentarse, la relevancia social y el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI), siendo este último firmado en caso de aceptación de participar en el estudio.

La recolección de datos se realizó mediante consulta de historias clínicas y complementada con un guión de entrevista semiestructurada, aplicada presencialmente y grabada mediante dispositivo digital entre octubre y noviembre de 2023.

El perfil de las gestantes fue procesado mediante estadística descriptiva simple y las preguntas abiertas, debidamente transcritas, fueron analizadas mediante la técnica de contenido temático propuesta por Bardin, basada en tres fases: preanálisis, exploración de materiales y tratamiento.⁹

La investigación fue sometida al Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidad Estatal de Santa Cruz (UESC), y fue aprobada bajo el parecer número 6.532.702, anclado en las Resoluciones nº 466/2012 y nº 510/2016, siendo los participantes del estudio



nombrados con la letra E (entrevistado) seguida de números cardinales.

RESULTADOS

Se entiende que la VO afecta con mayor intensidad a las mujeres embarazadas negras, debido a las múltiples vulnerabilidades a las que están expuestas,

especialmente en los servicios de salud públicos y privados. Por lo tanto, es fundamental definir el perfil biopsicosocial de estas mujeres para revelar aspectos vinculados a las desigualdades fisiológicas, sociales y emocionales que permean el ciclo gestacional-puerperal, como se destaca en la Tabla 1.

Tabla 1 -Perfil biopsicosocial de mujeres negras embarazadas. Bahía, (n=12), 2023.

VARIABLES	n	PORCENTAJE
Edad		
19-29	7	58,30%
30-40	5	41,70%
Color/etnicidad		
Marrón	7	58,30%
Negro	5	41,70%
Nacionalidad		
Ilhéus	7	58,30%
Itabuna	4	8,40%
Uruçuca	1	33,30%
Estado civil		
Casado	4	33,30%
Soltero	8	66,70%
Educación		
Escuela primaria incompleta	3	25,00%
Primaria completa	1	8,30%
Medio incompleto	2	16,70%
Medio completo	5	41,70%
La educación superior en progreso	1	8,30%
Ocupación		
Autónomo	3	25,00%
Ama de casa	5	41,70%

(Continuación)



Tabla 1 – Perfil biopsicosocial de mujeres embarazadas negras. Bahía (n=12), 2023.

VARIABLES	n	PORCENTAJE
Ocupación		
Limpiador	1	8,30%
Manicura	2	16,70%
Cajero	1	8,30%
Ingresos familiares		
Ninguno	1	8,30%
1 a 3 salarios mínimos	11	91,70%
Religión		
católico	2	16,70%
Evangélico	7	58,30%
Sin religión	3	25,00%
Número de embarazos anteriores		
1	5	41,70%
2	2	16,70%
3	1	8,30%
4	1	8,30%
Tipo de entrega(s)		
Vaginal	8/11	72,70%
cesárea	5/11	45,50%
Número de nacimientos en hospitales		
Ninguno	1	8,3%
1	4	33,4%
2	5	41,7%
3	1	8,3%
4	1	8,3%
¿Tenías a alguien contigo durante tu estancia?		
Sí	9	75,00%
No	3	25,00%
Procedimientos realizados por el personal pero sin consentimiento ni orientación		
Falta de libertad de posición durante el parto	9/12	75,00%



Tocamientos vaginales repetitivos	4/12	33,33%
Maniobra de Kristeller	5/12	41,66%
Amniotomía	7/12	58,33%
Uso de enemas	2/12	16,66%
Cateterismo vesical	1/12	8,33%

(Continuación)

Tabla 1 – Perfil biopsicosocial de mujeres embarazadas negras. Bahía (n=12), 2023.

VARIABLES	n	PORCENTAJE
Procedimientos realizados por el personal pero sin consentimiento ni orientación		
Episiotomía	8/12	66,66%
Número de abortos		
Ninguno	8	66,7%
1	3	25,0%
2	-	-
3	1	8,3%
Enfermedad mental antes del embarazo		
Sí	1	8,3%
No	11	91,7%
Edad gestacional en semanas		
0 - 13	1	8,3%
14 - 26	3	25,0%
27 - 40	8	66,7%
Embarazo planificado		
Sí	6	50,0%
No	6	50,0%
TOTAL	12	100%

Fuente: Datos del guión de la entrevista y registros físicos.

Luego del análisis del perfil, se procedió a la lectura detallada de las entrevistas semiestructuradas, seguido de la codificación y definición de dos grandes categorías, que se detallan a continuación:

1. El constructo de VO entre mujeres embarazadas negras

Se observa que el concepto de VO entre las mujeres embarazadas negras es limitado, ya que resumen este fenómeno



social al momento específico del parto, caracterizado por manejos físicos o comportamientos agresivos, innecesarios y sin evidencia científica, así como por abuso psicológico y negligencia, como se ve a continuación:

Para mí, es el apretón. Me pareció muy extravagante subirme a la cama para apretarme la barriga (E5).

Es cuando fuerzan algo durante el parto (E3).

Es intentar a toda costa tener un parto natural, con la persona sufriendo ahí, hasta el punto de perder al bebé y la persona sigue pujando (E12). Tener que depilarse con cera (E12).

Es una ignorancia creciente, que nos deja sufriendo mucho, con mucho dolor. También escuché que si la mujer siente dolor y le ponen una inyección para aumentarlo, eso también es violencia obstétrica (E10). Procedimientos realizados de forma grosera, negación de servicio, preguntas excesivas en momentos inoportunos (E9).

Además de esto, se evidencian otras facetas del concepto de VO entre mujeres embarazadas negras, entre ellas la falta de información sobre los procedimientos, la falta de respeto a la autonomía, la invasión de la privacidad y la negación de un acompañante, como se destaca a continuación:

Es cuando los médicos no brindan la atención adecuada, no explican los procedimientos (E7).

Cuando la mujer grita y el médico le dice que pare (E6).

Creo que es una invasión a la privacidad, de algo que no permitiste (E8).

Decir que no puedes tener compañero (E1).

Así, se observa que el conocimiento de las mujeres negras embarazadas sobre la VO aún es limitado, y no abarca los períodos prenatal y posparto ni las situaciones de aborto. Sin embargo, en cuanto a los tipos de VO, se revelan las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales e interrelacionales, y puede ser ejercida por diferentes categorías profesionales.

2. Violencia obstétrica por parte de profesionales de la salud: control sobre lo físico, lo emocional, lo conductual y lo familiar

Las acciones calificadas como VO, cometidas por profesionales de la salud, son reveladas por las mujeres embarazadas negras a través de comentarios maliciosos y humillaciones durante la asistencia en el ciclo gravídico-puerperal, como se explica a continuación:



Tuve cinco hemorragias, fui al hospital varias veces y el médico me repetía: «No sé qué haces aquí, esto es una amenaza de aborto, deberías estar acostada. Vete a casa, si es un aborto, morirás, y punto». (E11).

Tenía un dolor insoportable y la enfermera no paraba de decir: «No sientes nada». Bromeaban como si tuvieran experiencia y yo fuera principiante (E9).

En el momento del parto, el médico dijo: Voy a sacar al bebé, pero no puedo garantizar la vida, ¿sabes? (E11).

El médico vio que yo era la última; no esperó a que la anestesia hiciera efecto; lo sentí todo. Tenía prisa. Me abrieron los puntos en casa. Dijo: «Si pasa algo, la curaré» (E2).

Otra cuestión importante es la diferencia de trato a las mujeres negras embarazadas debido a su color de piel y vestimenta, demostrando que las desigualdades sociales y económicas que permean la vida cotidiana de estas mujeres fueron consideradas prerequisitos para una atención irrespetuosa por parte de algunos profesionales, como se destaca a continuación:

Ellos ven que estamos ahí esperando y las mujeres blancas pasan, van delante de nosotros y no podemos decir nada (E5).

Nos juzgan por cómo vestimos. Cuando vamos a dar a luz, nos tiran de cualquier manera. Con las mujeres, todo es cortesía: ¡siéntese aquí, señora! Y con nosotras, el trato es pésimo, como si dijeran: «¡No necesitas dar a luz aquí, puedes dar a luz en casa!» (E9).

Además, existe evidencia de trato violento por parte de los profesionales de la salud, incluyendo malos tratos, amenazas, gritos, administración de medicamentos sin consentimiento, desprecio, abandono y procedimientos prohibidos, como se indica a continuación:

Durante mi tercer parto, sufrió violencia obstétrica. La enfermera me ignoró. Me hospitalizaron sin compañía. Mi esposo se enteró de todo lo que ocurría con el maltrato, y la enfermera amenazó con quitarme el celular. Mi esposo corrió tras la trabajadora social para conseguir mis documentos y mi historial médico, para presentar una denuncia y que me transfirieran, pero la trabajadora social se negó. Si no hubiera sido por la demora, mi bebé estaría vivo (E10).

Fui grosera, me amenazaron, me gritaron y me dieron medicamentos sin avisarme. Me dieron 100 mg de diazepam sin avisarme. Intentaba evitar que mi hija naciera prematuramente y dijeron que intentaba expulsarla. Dijeron que quería matarla. Pedí ayuda a gritos, pero nadie me escuchó; me



habría gustado que me escucharan (E11).

El equipo habló mucho y me dejó solo, vinieron, hablaron con todos y el único que quedó solo fue yo (E8).

Dijeron: «Cuando me duele, puja, para que no siga pujando en vano». La matrona fue muy grosera, pero cuando me duele, no nos importa. Me gustaría que me trataran mejor (E4).

También se observa el uso rutinario de oxitocina con la intención de acelerar el parto, administrándose muchas veces sin consentimiento o con información distorsionada sobre su efecto, como se destaca a continuación:

No me lo explicaron. Despues supe que la inyección era para aumentar el dolor (E10).

Me dieron un suero para aliviar el dolor, lo cual pensé que era innecesario. Dijeron que era para calmarme (E6).

Luego, se realizan tocamientos seriales, provocando vergüenza, incomodidad y dolor innecesarios, siendo una forma de invasión a la privacidad y comprometiendo la integridad física de la mujer, como se demuestra a continuación:

La primera vez perdí la cuenta de las veces que me tocaron. Desde que llegué a la maternidad por la mañana y me quedé hasta el día

siguiente, el médico venía cada vez y me revisaba para ver si había dilatado. La revisión es agotadora. No es cuestión de dolor, es solo que no tenía fuerzas y tenía que abrir las piernas cada vez para hacer la revisión (E9).

Es un poco extraño, mete el dedo justo dentro para sentir (E4).

La enfermera jefe y dos médicos me tocaron. El primer toque del médico fue tranquilo, pero el segundo y el tercero, ¡misericordia! Me sentí un poco incómodo (E7). Dijeron que tenía que revisarme el tapón. Es lo peor que hay, duele, duele muchísimo, es un dolor terrible (E11).

También existe una falta de respeto a la autonomía de las mujeres en cuanto a la alimentación durante el parto, el derecho a tener un acompañante y la libertad de posición durante el parto, lo que hace que naturalicen algunas acciones, como se analiza a continuación:

El médico no me dejó darle comida (E2).

¡No puedes comerlo! (E8)

Porque fue una cesárea y no se pueden tomar líquidos después de una cesárea (E7).

Tienes que permanecer en la sala de espera y luego pasar a la sala de partos para que te aten con la pierna en dos soportes (E8).

Durante ambos partos permanecí acostada, el bebé



tenía que salir, no había otra manera (E9).

Ellos son los que hablan, ellos son los que ponen las cosas en su lugar (E11).

Era mi primer hijo, creo que debería haber tenido a alguien conmigo. Como soy inexperta al tener mi primer hijo, no sé por qué no tuve uno; estaba sola (E8).

Me asusté tanto que vi dos agujones y pensé: "¡Dios mío, ayúda! Hoy veo que es la peor posición para dar a luz" (E1).

Además, es evidente que la puérpera se ve privada del contacto inmediato con el recién nacido (RN) en los primeros momentos del nacimiento, de forma difusa, imposibilitando el contacto piel con piel, interfiriendo en el vínculo madre-hijo y desencadenando estrés emocional, como se relata a continuación:

Me lo enseñó y se lo llevaron. Lo dejaron solo en la guardería, no había nadie, no me dejaron llevármelo (E2).

Cuando nació mi hijo me pidieron que mirara hacia donde pasaría el pediatra, sólo después de darme permiso (E8).

En el segundo lo cogieron, lo limpiaron, le hicieron cosas y luego lo trajeron de vuelta (E9).

Me mostraron durante unos cinco segundos y me llevaron sin explicarme adónde iban ni qué hacían. Le pedí a mi madre que fuera a buscarme

para averiguar qué estaba pasando (E11).

En síntesis, se reconocen numerosas prácticas caracterizadas como VO entre mujeres negras embarazadas asistidas por profesionales de la salud, con énfasis en los aspectos emocionales y el cuerpo físico de la mujer.

DISCUSIÓN

El VO afecta a mujeres de todas las etnias, pero afecta de manera más agresiva a las mujeres negras, considerando las vulnerabilidades que permean a este grupo de manera interseccional, especialmente en lo que respecta al racismo estructural, institucional y obstétrico.¹⁰

Para comprender la influencia del racismo en la vida de las mujeres negras embarazadas, es importante reconocer su fundamento social. El racismo estructural es la forma en que el racismo se arraiga en la sociedad de forma normalizada, en el marco de las relaciones sociales, económicas, políticas y jurídicas, generando desigualdades. Por otro lado, el racismo institucional, aplicado a los servicios de salud, se refiere a la incapacidad de la institución para brindar un tratamiento adecuado a la persona debido a su color de piel, cultura u origen



étnico, lo que afecta la relación entre la usuaria y los profesionales de la salud. El racismo obstétrico, por su parte, es el sesgo final de la VO que sufren las mujeres negras, intersectado entre el racismo estructural y el racismo institucional, que no se limita a la negligencia, la falta de respeto, la coerción o el abuso por parte de los profesionales de la salud, sino también a la estigmatización histórica de las mujeres negras.

Por lo tanto, los diferentes tipos de racismo asociados al perfil de ser mujer negra, joven embarazada, residente en ciudades del interior de la Región Nordeste y de bajos ingresos, permiten percibir los procesos discriminatorios que viven estas mujeres y los riesgos de experimentar fenómenos de gran escala, como la VO.^{14,12}

Además, la mayoría de las mujeres negras embarazadas son solteras, trabajan como amas de casa y son evangélicas. En este sentido, es importante problematizar la soledad de las mujeres negras, quienes a menudo son abandonadas por sus parejas tras el embarazo y sufren dinámicas religiosas y moralistas que predicen la sumisión femenina, lo cual influye en el comportamiento de las mujeres embarazadas durante la atención, lo que a

menudo las lleva a naturalizar los procesos de VO.¹⁵⁻¹⁶

Se observa además que la mayoría de las mujeres embarazadas negras se encuentran en la etapa final del embarazo, son multíparas, y la mayoría de sus embarazos anteriores fueron por parto vaginal y algunas por cesárea, realizada en un entorno hospitalario. Es importante destacar que la mayor incidencia de negación de analgesia y violencia física o verbal se da en mujeres negras, debido al estereotipo de que las embarazadas negras son consideradas parteras por excelencia y soportan más dolor, lo que provoca graves situaciones de violencia de género, como abusos, humillaciones, entre otros. Además, la mitad de las embarazadas negras tienen un embarazo no planificado, factor que puede estar influenciado por la ausencia o la falta de asistencia sanitaria de calidad, especialmente en lo que se refiere a la planificación reproductiva y a la información fiable sobre educación sexual y reproductiva.¹⁷

A su vez, existe la dimensión psicológica de las mujeres negras embarazadas, que se manifiesta a través de enfermedades mentales previas al embarazo y a los procesos de aborto experimentados, lo que hace susceptible la ocurrencia de violencia psicológica, a



través de juicios morales, personales y religiosos por parte de los profesionales de la salud. Por lo tanto, prestar atención a estos momentos de gran fragilidad emocional es esencial para prevenir prácticas de atención irrespetuosas por parte de los profesionales de la salud.

Además, un factor preocupante es el desconocimiento de las mujeres negras embarazadas sobre los anticonceptivos orales, lo que puede llevar a la invisibilidad o naturalización de los procesos violentos en la rutina diaria de la atención médica. Asimismo, se observa que el racismo estructural e institucional contribuye al desconocimiento de algunos derechos de las mujeres negras embarazadas, ya que las desigualdades sociales son relativizadas y detalladas por la gestión de las instituciones de salud y por el gobierno, como el trato diferenciado y discriminatorio, el derecho a la salud y la protección de la maternidad y la infancia. Sin embargo, se observa gradualmente que el debate sobre los anticonceptivos orales se está popularizando, ya que las principales fuentes de conocimiento indicadas por las mujeres embarazadas fueron las redes sociales, a través de videos informativos.^{11,10}

Así, se reconoce que las prácticas abusivas realizadas por profesionales de la

salud durante el embarazo actual o anterior fueron señaladas por las embarazadas negras, con énfasis en los profesionales médicos, quienes fueron identificados como detentadores del poder del “saber médico”, superponiéndose a los saberes, deseos y necesidades de las embarazadas, parturientas y puerperas negras, lo que caracteriza a la VO.4

Además, las mujeres negras embarazadas denunciaron haber sufrido gritos, comentarios maliciosos, humillación, desprecio, abandono, amenazas y trato diferenciado debido a su color de piel y vestimenta. Se entiende que el cuerpo de la mujer negra está sexualizado o marginado en la sociedad, lo que impide que se implementen políticas de salud pública que cubran el ciclo embarazo-puerperio y las situaciones de aborto.^{11,10}

Si bien prácticas como los exámenes vaginales repetitivos y en serie, la amniotomía temprana, el enema, el cateterismo urinario, la episiotomía y la maniobra de Kristeller están prohibidas o proscritas, aún se realizan en la atención prenatal, el parto y el posparto, especialmente en mujeres embarazadas de raza negra, como revela este estudio. Las investigaciones muestran que las mujeres de raza negra tienen mayor probabilidad de



sufrir la maniobra de Kristeller, la privación de alimentos y la amniotomía temprana, y menor probabilidad de beneficiarse de los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, según la OV. Estas acciones demuestran la manifestación del racismo obstétrico, revelado a través de acciones discriminatorias y punitivas durante la atención médica, respaldadas por el desprecio por la integridad física y emocional de las mujeres embarazadas de raza negra, basado en prejuicios y estereotipos raciales.¹⁷

Esto implica la administración no consensuada o no informada de tranquilizantes con la intención de detener las manifestaciones emocionales de mujeres negras embarazadas durante partos anteriores, así como la administración de oxitocina con información distorsionada sobre sus efectos. Estas acciones demuestran la medicalización innecesaria del parto, llevada a cabo por profesionales de la salud con la intención de acelerar este proceso, así como reprender o relativizar los sentimientos de las mujeres y negarles el derecho a consentir procedimientos o administrar medicamentos, reforzando la imposición de la disciplina y la sumisión femeninas en estos espacios de salud, generando impactos negativos en la calidad

de vida de las mujeres. Por lo tanto, es necesario brindar información suficiente, individualmente para cada mujer embarazada, parturienta o puérpera, para que la toma de decisiones se base en los riesgos y beneficios reales.³

Por ello, además de ver vulnerados sus derechos básicos, las mujeres negras embarazadas son tratadas como actores secundarios durante todo el proceso de embarazo, nacimiento y parto, momento en el que los profesionales de la salud les niegan la alimentación, la elección de la posición durante el parto, el derecho a un acompañante y el contacto piel con piel con un recién nacido sano en los primeros momentos del nacimiento.

Es importante destacar que la Ley Federal n.º 11.108, del 7 de abril de 2005, conocida como Ley del Acompañante, garantiza el derecho a un acompañante. Sin embargo, en varias ocasiones, existe una selectividad en este permiso, influenciada por la raza o el color de piel, lo que resulta en mayores beneficios para las mujeres blancas en comparación con las mujeres negras. No obstante, los resultados de este estudio, en consonancia con una encuesta realizada en el estado de Tocantins, corroboraron el cumplimiento de esta legislación, destacando la importancia de desarrollar políticas públicas para la



protección del embarazo, el parto y el puerperio.¹⁸

Por último, existe una clara necesidad de educación continua para que los profesionales de la salud puedan ofrecer una atención igualitaria y respetuosa a las mujeres negras embarazadas, deconstruyendo valores racistas, excluyentes y violentos.¹⁹

CONCLUSIONES

En vista de lo anterior, es necesario empoderar a las mujeres negras, mediante conocimientos y actitudes, especialmente durante el embarazo y el parto, para que conozcan sus derechos y no experimenten situaciones de VSO. Además, es importante orientar a la red de acompañamiento o apoyo, ya que las mujeres negras se encuentran en una posición de mayor vulnerabilidad durante este período, con el fin de mitigar la VSO.

En este sentido, la atención prenatal de calidad es una herramienta esencial para la prevención de la VO, siempre que se expliquen los métodos para identificarla y notificarla durante las consultas. Es fundamental priorizar las acciones de educación continua sobre la VO y los temas antirracistas y decoloniales, con el fin de sensibilizar y combatir la VO y la

discriminación racial. Las limitaciones del estudio fueron el bajo número de mujeres embarazadas negras monitoreadas en las USF seleccionadas. Sin embargo, este número no afectó el potencial de la investigación.

REFERENCIAS

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-Vazquez 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=2eHdSul8ftAAAAAAJ1RaIAzJMgHGr09WOWTJsrvTS81cZk3IfebVXhDuCaKBFoVtJTxTvf1TN_Dws0982e_C-QJvS. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.02>.
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.scielosp.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. *Enfermaría: 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 Práxis*. 2021;13(26):15-22. Disponível em:
<https://unifoaa.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/deson/article/view/3539/4259>.
9. Bardin L. Análise de Conteúdo. 70^a 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.scielosp.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/yyLS3jZvjjzrvqQXQc6Lp9k/?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/revestarca/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>.

RECIBIDO: 04/08/24
APROBADO: 16/06/25
PUBLICADO: 07/2025

