

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NEGRAS NO PRÉ-NATAL

OBSTETRIC VIOLENCE IN AN INTERSECTIONAL ANALYSIS BASED ON THE EXPERIENCES OF BLACK WOMEN DURING PRENATAL CARE.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN UN ANÁLISIS INTERSECCIONAL BASADO EN LAS EXPERIENCIAS DE MUJERES NEGRAS DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL.

Alexsandra Tavares de Oliveira¹
Michelly Cristina do Espírito Santo²
Vitória Torquato Silva Miranda Simplicio³
Enimar de Paula⁴
Wanderson Alves Ribeiro⁵

RESUMO: **Introdução:** A vivência do período gravídico-puerperal por mulheres negras é atravessada por desigualdades estruturais que favorecem a violência obstétrica e limitam o acesso a um cuidado digno, humanizado e informado. **Objetivo:** Analisar as orientações fornecidas durante as consultas de pré-natal e sua relação com o conhecimento de mulheres negras sobre violência obstétrica e seus direitos, como forma de prevenir possíveis situações de violência. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem mista (QUANT+QUAL), realizado com 25 mulheres negras no período gravídico-puerperal ou que tiveram gestação nos últimos cinco anos. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário estruturado, aplicado presencialmente na Clínica da Família Eraldo Sardinha e disponibilizado pelo Google Forms. Os dados foram analisados por estatística descritiva e análise qualitativa, respeitando os preceitos éticos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Análise e discussão dos resultados:** Embora 20 participantes afirmassem conhecer o conceito de violência obstétrica, apenas 10 relataram ter recebido orientações sobre o tema e somente 2 receberam essas informações durante o pré-natal. Observou-se que 15 mulheres não saberiam como agir diante de uma situação de violência obstétrica e 13 desconheciam seus direitos durante o período gravídico-puerperal. Em relação ao racismo obstétrico, 15 entrevistadas desconheciam o termo e, após esclarecimento, parte delas reconheceu experiências compatíveis com essa forma de violência. Os relatos evidenciaram situações de negligência, abandono, violência institucional, falta de humanização e sofrimento emocional. **Conclusão:** Conclui-se que as orientações recebidas durante o pré-natal se mostraram insuficientes para garantir o conhecimento das mulheres negras acerca da violência obstétrica, do racismo obstétrico e de seus direitos. Os achados reforçam a necessidade de fortalecer ações educativas, práticas assistenciais humanizadas e estratégias de enfrentamento ao racismo institucional na assistência obstétrica.

Descritores: Cuidado Pré-Natal. Violência Obstétrica. Racismo.

¹Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem em Obstetrícia pela Universidade Iguaçu.

²Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem em Obstetrícia pela Universidade Iguaçu.

³Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem em Obstetrícia pela Universidade Iguaçu. Residente em Enfermagem Neonatal pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

⁴Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno-Infantil Faculdade de Medicina - Universidade Federal Fluminense - UFF. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIG. Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Obstetrícia da Universidade Iguaçu.

⁵Enfermeiro. Mestre, Doutor e Pós-doutorando pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF; Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e Pós-graduação em Enfermagem em Obstetrícia.

ABSTRACT: Introduction: The experience of the pregnancy-puerperal period among Black women is shaped by structural inequalities that favor obstetric violence and limit access to dignified, humanized, and informed care. **Objective:** To analyze the guidance provided during prenatal consultations and its relationship with Black women's knowledge of obstetric violence and their rights, to prevent possible situations of violence. **Methodology:** This is a descriptive, exploratory study with a mixed-methods approach (QUAN+QUAL), conducted with 25 Black women who were in the pregnancy-puerperal period or had experienced pregnancy within the last five years. Data was collected through a structured questionnaire administered in person at the Eraldo Sardinha Family Clinic and made available through Google Forms. Data were analyzed using descriptive statistics and qualitative analysis, in accordance with ethical principles and after obtaining informed consent. **Results and Discussion:** Although 20 participants reported being familiar with the concept of obstetric violence, only 10 stated that they had received guidance on the subject, and only 2 received such information during prenatal care. It was observed that 15 women would not know how to act in a situation involving obstetric violence, and 13 were unaware of their rights during the pregnancy-puerperal period. Regarding obstetric racism, 15 participants were unfamiliar with the term and, after receiving an explanation, some recognized experiences consistent with this form of violence. The reports revealed situations of negligence, abandonment, institutional violence, lack of humanized care, and emotional distress. **Conclusion:** It is concluded that the guidance provided during prenatal care was insufficient to ensure Black women's knowledge of obstetric violence, obstetric racism, and their rights. The findings reinforce the need to strengthen educational actions, humanized care practices, and strategies to address institutional racism in obstetric care.

Descritores: Prenatal Care. Obstetric Violence. Racism.

RESUMEN: Introducciò: La vivencia del período gravídico-puerperal por mujeres negras está atravesada por desigualdades estructurales que favorecen la violencia obstétrica y limitan el acceso a una atención digna, humanizada e informada. **Objetivo:** Analizar las orientaciones brindadas durante las consultas prenatales y su relación con el conocimiento de las mujeres negras sobre la violencia obstétrica y sus derechos, como forma de prevenir posibles situaciones de violencia. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, con enfoque mixto (CUAN+QUAL), realizado con 25 mujeres negras en período gravídico-puerperal o que tuvieron una gestación en los últimos cinco años. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado, aplicado presencialmente en la Clínica de la Familia Eraldo Sardinha y disponible a través de Google Forms. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y análisis cualitativo, respetando los principios éticos y la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado. **Análisis y discusión de los resultados:** Aunque 20 participantes afirmaron conocer el concepto de violencia obstétrica, solo 10 informaron haber recibido orientación sobre el tema y únicamente 2 recibieron dicha información durante el control prenatal. Se observó que 15 mujeres no sabrían cómo actuar ante una situación de violencia obstétrica y 13 desconocían sus derechos durante el período gravídico-puerperal. En relación con el racismo obstétrico, 15 entrevistadas desconocían el término y, tras recibir una explicación, parte de ellas reconoció experiencias compatibles con esta forma de violencia. Los relatos evidenciaron situaciones de negligencia, abandono, violencia institucional, falta de humanización y sufrimiento emocional. **Conclusión:** Se concluye que las orientaciones recibidas durante el control prenatal fueron insuficientes para garantizar el conocimiento de las mujeres negras acerca de la violencia obstétrica, el racismo obstétrico y sus derechos. Los hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer acciones educativas, prácticas asistenciales humanizadas y estrategias de enfrentamiento al racismo institucional en la atención obstétrica.

Descritores:

I. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o ciclo gravídico-puerperal é compreendido como uma fase da vida da mulher que sucede o período de fertilidade. Essa

vivência pode ser fruto de um planejamento e desejo prévio, como também surgir de forma inesperada, despertando sentimentos de ambivalência e de aceitação, ou não. Trata-se, portanto, de um período de grandes transformações físicas, psicológicas e sociais, que exige cuidados e atenção específicos para garantir a saúde do binômio mãe-bebê (Brasil, 2019).

Em virtude da necessidade de cuidados específicos para a garantia da saúde da mãe e do recém-nascido, o acompanhamento pré-natal torna-se indispensável, sobretudo por seu caráter preventivo, abrangendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, violências e discriminações, bem como o diagnóstico e tratamento oportuno de possíveis intercorrências, além da garantia dos direitos das gestantes (Brasil, 2005).

Apesar do pré-natal ser uma etapa essencial para a promoção da saúde materno-infantil, sua execução é marcada por desigualdades, que repercutem negativamente na saúde das mulheres grávidas, especialmente as que vivem condições de vida desfavoráveis e pertencem aos grupos estigmatizados, como as mulheres negras. Portanto, essas disparidades não são circunstanciais; elas resultam de fatores estruturais, como o racismo institucional, que permeiam o sistema de saúde e afetam a qualidade do atendimento oferecido a essas mulheres (Guimarães *et al*, 2025).

Esse cenário evidencia, como o racismo institucional opera como um dos alicerces da violência obstétrica contra mulheres negras, sendo uma violência institucional praticada por profissionais e pelos serviços de saúde como uma forma de abuso que surge a partir de relações desiguais de poder e de comportamentos pautados por questões de gênero no contexto da saúde reprodutiva, (Guimarães *et al*, 2025) que agrupa atos de assédio verbal, físico e psicológico abuso, negligência, discriminação social e, ainda, a adoção de procedimentos, sem o consentimento da gestante ou parturiente, durante o ciclo gravídico (Arantes *et al*, 2021).

A título de exemplo, procedimentos como episiotomia, analgesia peridural e cesariana eletiva são mais comuns entre mulheres brancas com maior escolaridade. Com relação às mulheres negras, 49% das episiotomias foram realizadas sem anestesia, o que evidencia práticas de violência e racismo obstétrico decorrentes das desigualdades raciais no cuidado ao parto (Santana *et al*, 2024).

A partir dessa perspectiva, a interseccionalidade surge como uma ferramenta fundamental para compreender como as múltiplas dimensões de opressão, como gênero, raça e classe, se entrelaçam e amplificam as formas de violência vivenciadas pelas mulheres negras no contexto da saúde reprodutiva, como exposto por Crenshaw (1989). Permitindo assim, evidenciar como o racismo estrutural, aliado ao sexismo, contribui para a naturalização das práticas de violência obstétrica, especialmente entre mulheres negras.

Nesse sentido, a ausência de orientações adequadas durante o pré-natal, especialmente sobre os próprios direitos e sobre as possíveis formas de violência institucional, compromete a autonomia dessas gestantes e perpetua um ciclo de desinformação e invisibilização das suas experiências (Arantes *et al*, 2021).

É nesse contexto que se insere a violência obstétrica propriamente dita e o conceito “racismo obstétrico” cunhado pela pesquisadora estadunidense Dána-Ain Davis, que explana que o racismo obstétrico é uma violência que se situa na interseção da violência obstétrica entre raça e gênero e o racismo médico. Assim, sugere que a violência institucional e a violência contra as mulheres se fundem ao racismo estrutural na saúde reprodutiva da mulher, além de colocar as mulheres negras e seus filhos em risco (Santana, 2024).

Davis aponta sete formas de manifestação do racismo obstétrico: erros no diagnóstico, negligência, desrespeito, dor provocada intencionalmente, coerção, humilhação e abuso médico. Essas práticas revelam a imposição de poder sobre gestantes negras, influenciada por estereótipos raciais que afetam o cuidado e as decisões clínicas (Santana, 2024).

Ao longo da história as mulheres vêm sendo vítimas de diversas formas de violência. Segundo a Organização Mundial da Saúde, violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Nesse sentido, destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher. Entre muitas formas de violência podemos citar: violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro) (Bonomo, 2023).

O pré-natal é um momento importante na prevenção dessa violência, porém ainda vemos muitas gestantes desinformadas sobre o assunto, mesmo objetivo principal segundo o Ministério da Saúde (MS) sendo acolher a mulher desde o início da gestação, garantindo no fim da gestação, o nascimento de um bebê saudável e a segurança do bem-estar materno e neonatal. O sentimento de medo e insegurança, aliados à desinformação e a assistência no pré-natal inadequada, acabam sendo os principais motivos que leva gestante a sofrerem violência obstétrica (Ferreira *et al*, 2021).

Mesmo a literatura destacando os efeitos do cuidado pré-natal sobre a vida e a saúde das mulheres, evidenciando que o acesso a esse cuidado está intimamente relacionado aos fatores sociodemográficos, culturais e de desenvolvimento econômico que mediam o acesso aos serviços de saúde. Esses estudos destacam ainda que, em sociedades caracterizadas pelas desigualdades, gênero e racismo constituem elementos estruturantes e explicam o acesso

diferenciado e desigual das mulheres negras aos serviços de saúde considerados relevantes, quando comparadas com as brancas (Lessa *et al*, 2022).

Estudos com ênfase nas desigualdades raciais em saúde têm destacado que mulheres negras ocupam uma posição de maior vulnerabilidade porque vivenciam, no mínimo, a tripla discriminação de gênero, raça e classe, as quais impactam diretamente no padrão de acesso e utilização dos serviços de saúde bem como nos processos de adoecimento e morte (Lessa *et al*, 2022).

Especificamente no campo da atenção pré-natal, os achados decorrentes de estudos nacionais e regionais ratificam essa afirmação, à medida que mostram que as mulheres de cor da pele preta ou parda, com baixa escolaridade atendidas em serviços públicos vivenciam menor adequação na assistência e na educação em saúde. São elas, portanto, as mais afetadas pelas complicações decorrentes da ausência ou iniquidades do cuidado como por exemplo a violência obstétrica afetando mais as mulheres de cor (Lessa *et al*, 2022).

De acordo com o Ministério da Saúde, no ano de 2018, mulheres pretas e pardas totalizaram 65% dos óbitos maternos no Brasil. Entre os anos de 1996 até 2018, foram registrados ao todo mais de 38 mil mortes maternas, sendo 67% destas decorrentes de causas obstétricas diretas que poderiam ser evitadas (Silva *et al*, 2023), já em 2022, o número de mortes maternas está em 46,56 para mulheres brancas, enquanto mulheres negras batem mais do que o dobro sendo 100,38 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (Brasil, 2023), visto que é um fenômeno associado a diversos fatores (Miranda; Silva *et al*, 2025).

Entre os principais desafios enfrentados pelas mulheres negras, destacam-se a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a discriminação racial por parte dos profissionais da área e a presença de condições médicas preexistentes. Além disso, muitas mulheres relatam vivências de discriminação durante o atendimento, o que compromete tanto o recebimento de cuidados adequados quanto o respeito durante o parto (Miranda; Silva *et al*, 2025).

No Brasil, os serviços de saúde enfrentam grandes obstáculos para oferecer um atendimento verdadeiramente humanizado às mulheres negras no período gravídico-puerperal. Ainda há uma urgente necessidade de que os órgãos públicos responsáveis desenvolvam e implementem ações educativas e políticas voltadas para o enfrentamento do racismo estrutural e institucional, com o intuito de reduzir as iniquidades raciais e efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde, que frequentemente deixam de ser cumpridos na prática (Miranda; Silva *et al*, 2025).

Nesse sentido, faz-se importante esclarecer que a relação entre os profissionais de saúde e a parturiente deve ser baseada no cuidado e na segurança, visando uma adequada realização

de práticas humanizadas. É necessário que o profissional se coloque no lugar do outro, ouvindo as necessidades da mulher e conhecendo suas demandas no serviço de saúde, reforçando, assim, os princípios preconizados pelo SUS e dando ênfase na educação e saúde. Tendo conhecimento dos seus direitos a parturiente consegue exigir melhor atendimento e saberá quando está sendo negligenciada (Silva *et al*, 2020).

Além disso, como futuros profissionais, muito nos interessa expor e discutir quais contribuições que a profissão tem tido na luta contra a violência e o racismo obstétrico, a fim de desenvolver um pensamento crítico acerca da problemática, que em algum momento de nossa vida profissional iremos nos deparar (Silva *et al*, 2023).

Diante dessa problemática, este estudo parte da hipótese de que a orientação ofertada durante o pré-natal pode influenciar na vivência e no reconhecimento de situações de violência obstétrica entre mulheres negras. Considera-se, como hipótese nula (H_0), que a orientação recebida no pré-natal não interfere na ocorrência da violência obstétrica contra essa população. Em contrapartida, a hipótese alternativa (H_1) sustenta que ações educativas e orientações adequadas durante o acompanhamento pré-natal podem contribuir para a redução e/ou identificação precoce de práticas de violência obstétrica, fortalecendo a autonomia e o conhecimento das gestantes acerca de seus direitos.

Sob essa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo geral analisar as orientações fornecidas durante as consultas de pré-natal quanto ao conhecimento da mulher negra no parto, como forma de prevenir possíveis situações de violência obstétrica, por meio de uma pesquisa de campo. Como objetivos específicos, busca-se verificar o grau de conhecimento das gestantes negras advindo do pré-natal sobre a violência obstétrica, bem como investigar possíveis correlações entre a ausência de orientações relacionadas ao parto e relatos de violência obstétrica

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem mista (QUANT+QUAL), utilizando como fonte de informação a pesquisa de campo. Os métodos mistos combinam abordagens quantitativas e qualitativas, permitindo responder questões abertas e fechadas por meio de análises estatísticas e textuais (Creswell, 2007). Nesse tipo de pesquisa, os elementos quantitativos e qualitativos possuem igual ênfase e seus resultados convergem entre si (Creswell; Clark, 2013). Dessa forma, a utilização de múltiplos métodos possibilita uma compreensão mais ampla do fenômeno estudado (Creswell, 2014).

A pesquisa atende aos princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da

Universidade Iguaçu. Os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo informados sobre os objetivos do estudo, participação voluntária, anonimato, sigilo das informações e direito de desistência em qualquer etapa da pesquisa.

Foram assegurados a confidencialidade, privacidade e proteção da imagem dos participantes, evitando qualquer forma de estigmatização ou prejuízo. Para preservar a identidade dos participantes, foram utilizados nomes fictícios na identificação das falas.

A coleta de dados foi realizada na Clínica da Família Eraldo Sardinha, por meio da plataforma *Google Forms*, direcionada a mulheres negras que estejam vivenciando ou tenham vivenciado o período gravídico-puerperal nos últimos cinco anos.

Os critérios de inclusão compreendem mulheres negras no período gravídico-puerperal ou que já o tenham vivenciado, além da concordância mediante assinatura do TCLE. Foram excluídas participantes que não se autodeclararem negras.

Foi utilizado um questionário estruturado contendo informações sociodemográficas e culturais, incluindo idade, estado civil, raça/cor, renda familiar, profissão, vínculo empregatício, condições de moradia, acesso à saúde e percepção sobre políticas públicas voltadas à saúde da mulher negra.

Além disso, foram abordadas questões relacionadas à experiência e ao conhecimento acerca da violência obstétrica e das orientações recebidas no pré-natal, como: “Você sabe o que é violência obstétrica?”; “Recebeu alguma orientação sobre o tema?”; “Diante de uma situação de violência obstétrica, saberia como agir?”; “Quais orientações receberam durante o pré-natal?”; e “Você sofreu racismo obstétrico?”. As perguntas buscam compreender a influência das orientações pré-natais no conhecimento da mulher negra sobre seus direitos e possíveis situações de violência obstétrica durante o parto.

Após a coleta, os dados foram analisados por meio da distribuição de frequência e percentual, associados à análise qualitativa das entrevistas. Os depoimentos foram identificados com codinomes de rosas e analisados a partir de leituras sucessivas, visando identificar temas emergentes e compreender os significados presentes nas narrativas (Polit; Beck; Hungler, 2001).

A abordagem qualitativa fundamenta-se nos conceitos de experiência, vivência, senso comum e ação social, buscando compreender e interpretar os significados atribuídos pelos participantes (Minayo, 2012). Segundo Minayo (2013), a interpretação constitui tanto o ponto de partida quanto o ponto de chegada da pesquisa qualitativa.

De acordo com Minayo (1998), a pesquisa foi desenvolvida em três etapas: fase exploratória, coleta de dados e análise dos dados, envolvendo inferências e interpretações dos resultados obtidos.

3. RESULTADOS

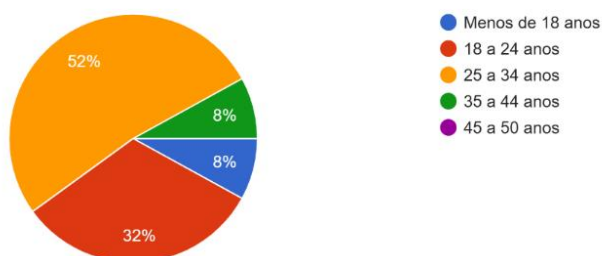
Referente a análise das variáveis utilizadas para construção da caracterização das perguntas socioeconômicas e culturais dos participantes da pesquisa, pode se afirmar que foram essenciais para a compreensão de características relevantes dos participantes relacionadas ao objeto, contribuindo, assim, para compreensão do fenômeno pesquisado.

Esses dados foram organizados em tabelas, analisados por meio de estatística simples e discutidos à luz do referencial bibliográfico que, evidenciasse cada variável abordada. O corpus do estudo foi constituído por 25 entrevistadas, sendo 13 gestantes entre 11 a 32 semanas, 4 puérperas e 10 gestações dentro de 5 anos, sendo 2 gestantes e com outras gestações dentro de 5 anos. Formado por 21 perguntas divididas a cunha quantitativo sendo 9 perguntas com foco sociodemográfico.

E com 12 perguntas com cunho qualitativas voltado ao ciclo gravídico-puerperal que se intitulam-se: “A abordagem utilizada pelo profissional no pré-natal é de fácil entendimento?”; “Encontrou alguma dificuldade para agendar a consulta?”; “Você passou por alguma experiência ruim durante o pré-natal?”; “Você passou por alguma experiência ruim durante o trabalho de parto ou no pós-parto?”; “Você sabe o que é violência obstétrica?”; “Recebeu alguma orientação sobre violência obstétrica?”; “E por onde recebeu a orientação?”; “Se tivesse a opção de mudar algo em seu parto, o que mudaria?”; Diante de uma violência obstétrica, você saberia como agir?”; “Você sabe quais são/eram seus direitos no pré-natal no parto e pós-parto?”; “Você sabe o que é racismo obstétrico?”; e “Você sofreu racismo obstétrico?”.

O N desta pesquisa era de 50 mulheres, porém o N ficou reduzido em 25 devido à dificuldade de adesão e aceitação das mulheres em participar da pesquisa. Sendo assim, o público-alvo está entre a faixa etária de menos de 18 a 44 anos, sendo duas menores que 18 anos.

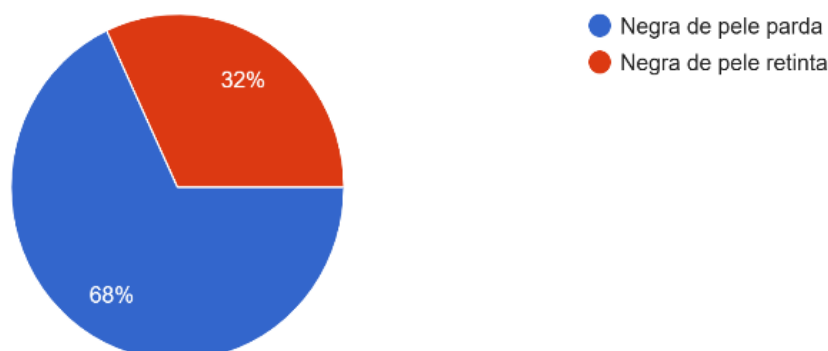
Qual é sua faixa etária?
25 respostas



Quanto a autodeclaração, 32% mulheres se autodeclaram pretas e 68% mulheres se autodeclaram pardas.

8. Como você se identifica em relação à sua origem étnica?

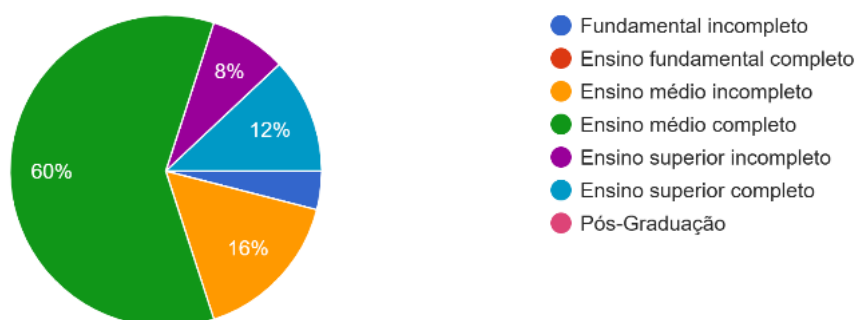
25 respostas



Em relação ao nível de escolaridade, 4% com fundamental incompleto, 16% com ensino médio incompleto, 60% com ensino médio completo, 8% com ensino superior incompleto e 12% com ensino superior completo.

Qual é seu nível de escolaridade?

25 respostas



Em relação a ocupação atual, 12% são estudantes, 20% empregada com carteira assinada, 4% empregada com sem carteira assinada, 12% autônoma, 36% das mulheres se encontram na ocupação de desempregadas e 16% se consideram do lar. Sendo perceptível que a renda familiar gira em torno de 48% de 1 a 2 salários-mínimos, 4% de 6 a 10 salários-mínimos, 16% de 3 a 5 salários-mínimos e 32% menos de 1 salário-mínimo. É perceptível que 72% não necessitam de assistência social/ programas sociais, enquanto 5 utilizam sendo especificado o bolsa família. Em relação às questões demográficas, 12 mulheres informaram morar em casa própria, 9 sob regime de aluguel e 3 com moradia cedida por familiar ou que mora junto com algum familiar.

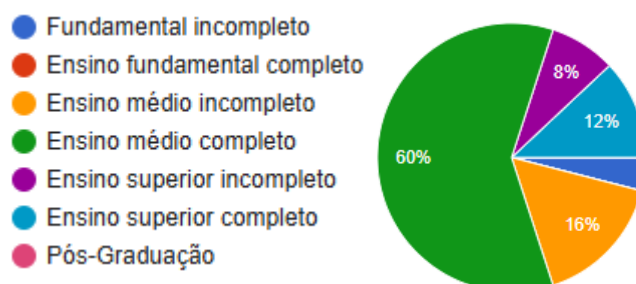
Qual é sua faixa etária?

25 respostas



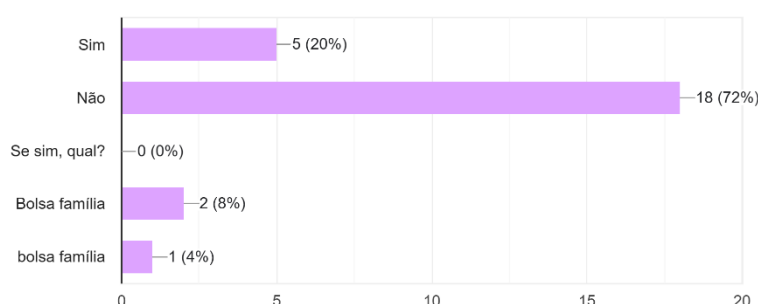
Qual é seu nível de escolaridade?

25 respostas



Você possui algum tipo de assistência social?

25 respostas

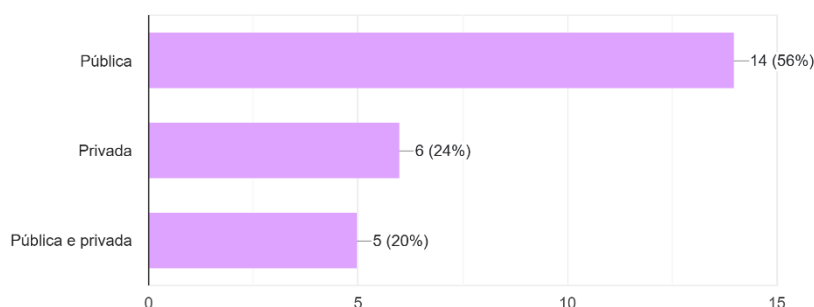


Em relação a assistência à saúde no período gravídico-puerperal, 56% informaram que possuíram assistência pública, enquanto 6 afirmaram apenas na privada e 5 afirma ter usufruído de ambas as assistências.

10

Qual tipo de assistência teve em seu período gravídico-puerperal?

25 respostas



Ao serem perguntadas, 23 mulheres afirmam que a abordagem utilizada pelo profissional no pré-natal é de fácil entendimento. No que tange à dificuldade para agendar a consulta de pré-natal, 22 mulheres afirmaram que não possuem dificuldade, enquanto 3 mulheres afirmaram, dentre as 3, Rosa Dália descreve que falta profissionais no bairro, sem atendimentos e agendas

sempre fechadas, enquanto Rosa Noemi diz que a dificuldade é de achar uma médica que realmente dê a atenção necessária e Rosa Íris informa dificuldade na marcação de exames solicitados.

Em relação ao passar por uma experiência ruim durante o pré-natal, 18 mulheres informaram não ter tido experiências ruins, enquanto 7 afirmaram ter passado por tais experiências como violência institucional no pré-natal, falta de assistência adequada a comorbidades que possuía e violência psicológica onde afirmavam que o bebê não estava bem e quando tornava a ir para emergência estava apenas dormindo.

Quanto ao passar experiências ruins durante o trabalho de parto ou no pós-parto, 12 afirmaram não ter passado e 13 afirmaram ter passado por situações que tornaram o parto desconfortável.

Quanto a pergunta “O que é violência obstétrica?”, 20 mulheres informaram saber, enquanto 5 mulheres afirmaram não saber do que se trata. Das 25 entrevistas, apenas 10 informaram se receberam orientação sobre violência obstétrica, enquanto 12 mulheres não receberam, contudo, 3 mulheres não souberam informar ou lembravam se haviam recebido tais informações, logo preferiram não responder. Contudo, quando questionadas quanto as orientações apenas 2 informaram ter recebido no pré-natal e 2 no pós-parto. Dentre as demais, as orientações foram baseadas 10 em pesquisa pela internet, 7 em redes sociais, 4 por familiares, enquanto 2 afirmaram não ter recebido orientação ou pesquisado sobre o assunto.

11

Ao abordar se tivesse a opção de mudar algo em seu parto e o que mudaria, 10 mulheres informaram que não mudariam nada em seu parto, contudo as demais explanaram suas dores, dificuldades e traumas em relação ao parto.

Quanto a abordagem “diante de uma violência obstétrica, você saberia como agir”, sendo estas as respostas: 15 informaram que não saberiam, enquanto as demais mulheres informaram que saberiam e citaram que seus acompanhantes também saberiam se impor.

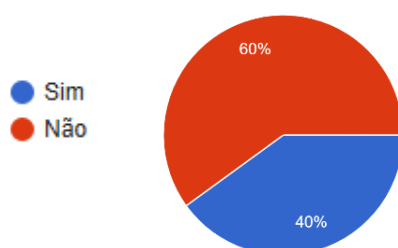
Quanto ao conhecimento de seus direitos, 13 informaram que não conhecem, 4 não conheciam nas gestações anteriores e passaram a conhecer após parirem seus direitos no pré-natal, parto e pós-parto, enquanto 8 entrevistas afirmaram conheciam seus direitos durante todo o ciclo.

Ao serem questionadas sobre o conhecimento acerca do racismo obstétrico, 15 entrevistadas informaram não conhecer o termo. Após orientação e explicação durante a entrevista sobre o significado do racismo obstétrico, 21 mulheres afirmaram não terem sofrido esse tipo de violência, contudo dentre às 21 mulheres, 5 relataram suspeitar que talvez tenham vivenciado situações semelhantes ao racismo obstétrico. Entretanto, 5 entrevistadas

reconheceram, após a explicação fornecida, que passaram por situações caracterizadas como racismo obstétrico, relatando experiências marcadas pela falta de empatia, ausência de atenção e humanização, tratamento com indiferença durante episódios de hemorragia e dor, longos períodos de espera e objetificação.

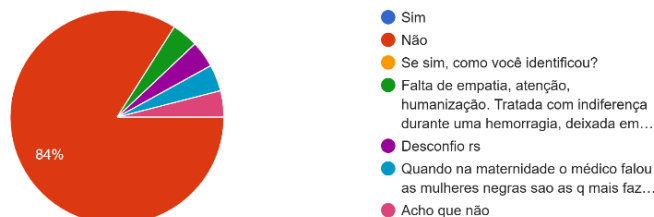
18. Você sabe o que é racismo obstétrico?

25 respostas



19. Você sofreu racismo obstétrico?

25 respostas



4. DISCUSSÃO

Nesta etapa do estudo, foram analisados os dados qualitativos e quantitativos a partir dos resultados obtidos na pesquisa de campo, através da coleta de dados, tendo como escopo trazer respostas às questões que nortearam essa construção. Para tanto, adotou-se de forma sistemática o delineamento de pesquisa de métodos mistos, fundamentado nas bases conceituais propostas por Creswell, articulando abordagens quantitativa e qualitativa de maneira concomitante (QUAN + QUAL), a fim de ampliar a compreensão do fenômeno investigado a partir da convergência dos dados obtidos em campo.

12

Categoria 1 – Déficit de orientação no pré-natal e vulnerabilidade da mulher negra

As experiências das mulheres negras durante a descoberta da gravidez, o período gestacional e o parto são marcados por disparidades e desigualdades que impactam diretamente essa vivência (Cardoso; Cockell, 2019). Embora o direito à saúde seja assegurado pela Constituição Brasileira de 1988, que garante o seu acesso de modo universal e igualitário, algumas barreiras ainda são observadas no que tange às demandas de saúde de grupos sociais vulneráveis, como a população de mulheres negras, as quais enfrentam discriminações de gênero, classe social e de raça (Fraga; Sanino, 2015; Brasil, 2016a).

Assegurar o desenvolvimento da gestação, diminuindo ou minimizando os riscos à saúde materna, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, é o objetivo do cuidado pré-natal. Sendo fornecido na Atenção Básica, através da ESF, onde são proporcionadas atividades educativas e preventivas, consultas e orientações sobre o parto, complicações, exames,

aleitamento materno, disponibilização de medicamentos, identificação de situações de risco gestacional e obtendo acolhimento.

Existem inadequações que são refletidas no baixo número de consultas de mulheres negras e nas maiores taxas de desassistência (Lessa et al., 2022). A discriminação de gênero e de raça faz com que essas mulheres ocupem os extratos mais baixos da hierarquia socioeconômica e, apesar de estarem mais expostas a risco de saúde, têm o pior acesso (Brasil, 2023b).

Tendo em vista que o pré-natal é essencial para uma gravidez saudável, e que as mulheres negras estão expostas a imensas vulnerabilidades, compreender a percepção das gestantes negras sobre o cuidado que recebem, bem como identificar quais são os fatores facilitadores e dificultadores do seu acesso, pode contribuir para melhorar a qualidade desse atendimento. Nesse sentido, dar voz às gestantes permite que elas possam se expressar de modo direto e autêntico como percebem a assistência de pré-natal, indicando o que consideram pontos positivos, assim como os pontos negativos, mostrando com clareza que a temática da observação da percepção dessas mulheres é merecedora de permanente evidência entre os estudos científicos da área de saúde (Gonçalves, 2023).

Percebe-se que o avanço na qualidade do cuidado à saúde das gestantes negras é essencial para reconhecer a desigualdade étnico-racial. A sensibilização dos profissionais que prestam assistência à saúde da gestante, aprimorar as práticas em saúde voltadas a essa população, a fim de proporcionar um atendimento de alta qualidade, assistência integral, cuidado humanizado, acolhimento e clareza nas informações a serem transmitidas.

13

A análise dos depoimentos evidencia fragilidades importantes na assistência pré-natal e obstétrica, especialmente quando observadas sob a perspectiva da vulnerabilidade vivenciada por mulheres negras. As participantes relataram experiências marcadas por falhas na qualidade do cuidado, deficiência na comunicação entre profissionais e gestantes, além da ausência de uma assistência humanizada e centrada nas necessidades individuais de cada mulher.

Em relação à assistência recebida, algumas participantes demonstraram insatisfação com o atendimento prestado pelos serviços de saúde. Rosa Magnólia destacou, de forma sucinta, dificuldades relacionadas à assistência recebida, enquanto Rosa Olívia relatou que, em determinado momento, a equipe de saúde poderia ter adotado uma postura diferente diante de suas necessidades, evidenciando possíveis falhas no acolhimento e na condução do cuidado.

A questão da vulnerabilidade também foi fortemente evidenciada nos relatos. Rosa Dália afirmou que não soube como reagir diante das situações enfrentadas, pois se encontrava em um estado de grande fragilidade emocional e física, recorrendo ao acompanhante como seu principal defensor durante o atendimento. De maneira semelhante, Rosa Âmbar relatou que desconhecia

seus direitos e não sabia como agir naquele momento, demonstrando a importância da educação em saúde e do fortalecimento da autonomia das gestantes durante o pré-natal.

Os relatos também apontam para a necessidade de uma assistência mais humanizada e respeitosa. Rosa Florença afirmou que teria preferido ser atendida por profissionais mulheres, evidenciando a importância da consideração das preferências e do conforto da gestante durante o cuidado. Já Rosa Luna destacou que ela e seu parceiro buscaram se preparar da melhor forma possível para a gestação e o parto, demonstrando interesse em participar ativamente desse processo, embora isso nem sempre seja acompanhado por uma assistência adequada.

Situações que podem ser caracterizadas como violência obstétrica e institucional também emergiram nos depoimentos. Rosa Dália relatou ter vivenciado falta de empatia, atenção e humanização por parte da equipe de saúde, descrevendo ter sido tratada com indiferença durante um episódio de hemorragia, permanecendo em espera e sentindo-se objetificada. A participante classificou essa experiência como uma forma de violência institucional, evidenciando a gravidade das falhas assistenciais e seus impactos na saúde física e emocional das mulheres.

Além disso, foram identificados problemas relacionados à qualidade técnica da assistência pré-natal. Rosa Azaleia relatou que o profissional responsável pelo seu acompanhamento errou a data provável do parto, o que a levou a acreditar que estava entrando em trabalho de parto prematuro, quando, na realidade, encontrava-se em gestação a termo. A participante também relatou que recebeu poucas orientações durante o pré-natal sob a justificativa de que, por estar na quinta gestação, já possuía conhecimento suficiente sobre o processo gestacional. Tal situação evidencia uma assistência baseada em pressupostos e generalizações, desconsiderando as necessidades individuais de informação e acompanhamento de cada gestante.

Outro aspecto recorrente nos relatos refere-se às dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Rosa Dália destacou a escassez de profissionais em seu bairro, a ausência de atendimentos disponíveis e as frequentes agendas fechadas, fatores que comprometem a continuidade e a qualidade do acompanhamento pré-natal. Complementando essa percepção, Rosa Noemi relatou a dificuldade de encontrar uma médica que realmente oferecesse atenção e escuta qualificada durante as consultas.

Dessa forma, os depoimentos revelam que as participantes enfrentaram desafios relacionados tanto ao acesso quanto à qualidade da assistência pré-natal e obstétrica. Observa-se a presença de falhas na comunicação, insuficiência de informações, dificuldades estruturais

dos serviços de saúde, além de experiências marcadas pela falta de humanização e por situações de violência institucional.

Esses fatores contribuem para ampliar a vulnerabilidade das gestantes, especialmente das mulheres negras, reforçando a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas para a equidade racial, a humanização da assistência e a garantia de um cuidado integral, seguro e respeitoso durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Categoria 2 – Invisibilidade e Naturalização do Racismo Obstétrico

Ao longo da história, as mulheres vêm sendo vítimas de diversas formas de violência. Segundo a Organização Mundial da Saúde, violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Nesse sentido, destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher. Entre suas múltiplas formas, emerge o racismo obstétrico, compreendido como a violência que se situa na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo médico, afetando de modo desproporcional as mulheres negras em toda a trajetória reprodutiva (Bonomo, 2023; Santana *et al.*, 2024).

De acordo com o Ministério da Saúde, no ano de 2018, mulheres pretas e pardas totalizaram 65% dos óbitos maternos no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2018, foram registrados ao todo mais de 38 mil mortes maternas, sendo 67% decorrentes de causas obstétricas diretas. Santana *et al.*, (2024) ressaltam que cerca de 60% das mulheres que morrem por causas obstétricas no país são negras, e que 90% dessas mortes poderiam ser evitadas com atendimento adequado, evidenciando que a desigualdade racial na assistência ao parto é, antes de tudo, uma questão de negligência estrutural e não de fatalidade clínica (Silva *et al.*, 2023; Santana *et al.*, 2024).

A pesquisa de base populacional “Nascer no Brasil”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com 23.940 puérperas em todo o território nacional, evidenciou que as desigualdades raciais permeiam toda a cadeia assistencial obstétrica. Os dados revelaram que mulheres negras possuem 62% maior razão de chance de receberem pré-natal inadequado, 23% maior chance de não serem vinculadas à maternidade de referência, 67% maior chance de não terem acompanhante durante o parto e 33% maior chance de peregrinarem entre serviços antes de serem admitidas para o parto (Leal *et al.*, 2017).

Esse conjunto de iniquidades configura um padrão sistêmico de exclusão que não pode ser dissociado do racismo institucional, como podemos observar nos resultados coletados que por sua vez mostra que apenas 40% das gestantes sabiam o que é racismo obstétrico em contrapartida 60% não sabia o que era ou não sabia identificar.

A naturalização do racismo obstétrico se expressa também na distribuição desigual de procedimentos clínicos. Episiotomia, analgesia peridural e cesariana eletiva são realizadas com maior frequência em mulheres brancas e com maior escolaridade. Em sentido inverso, 49% das episiotomias realizadas em mulheres negras foram feitas sem anestesia local, dado que o estudo "A cor da dor", da Fiocruz, associa à persistência do mito histórico de que corpos negros possuem maior tolerância à dor — crença originada nas experimentações cirúrgicas do médico americano James Marion Sims sobre mulheres escravizadas, sem anestesia, no século XIX (Santana *et al.*, 2024; Leal *et al.*, 2017). Essa herança colonial do conhecimento médico segue operando, de forma velada, nas maternidades brasileiras.

Na segunda edição do estudo "Nascer no Brasil (2021–2023)", conduzida pela Fiocruz com 1.923 mulheres em 29 maternidades públicas e privadas do Estado do Rio de Janeiro, 65,3% das participantes relataram ter sofrido ao menos um tipo de violência obstétrica. Os tipos mais prevalentes foram toques vaginais inadequados (46,2%), negligência (31,5%) e abuso psicológico (21,7%). A pesquisa identificou que mulheres com pele preta e sem companheiro apresentaram maiores prevalências de estigma e discriminação, confirmando a sobreposição entre gênero, raça e classe social como marcadores que amplificam a vulnerabilidade no momento do parto (Leite *et al.*, 2025).

Tal sobreposição é justamente o que a teoria da interseccionalidade busca evidenciar como estrutura de opressão múltipla sendo evidencia pela gestante coletada Rosa Azaleia/gestação dentro de 5 anos: "Me deixaram em um quarto sozinha na maternidade e ai fiquei pedindo ajuda dizendo q Meu filho estava nascendo ,eles não Me dava toque nem olhava , falava q eu tinha q aguardar delatar, sendo q meu filho já estava corando, enfim deitei na cama e meu filho saiu foi onde gritei muito uma enfermeira viu e já gritou pedindo ajuda veio uma equipe bem rápido, antes disso quando dei entrada na maternidade um médico falou pra mim ,e mãezinha sua sorte q estou saindo agora se não eu ia fazer o seu parto , ia fazer logo uma laqueadura ,chega de filhos né moça ,sendo q plantão trocou e ai me botaram em uma sala sozinha lá ".

As narrativas coletadas por Santana *et al.*, (2024) em uma maternidade pública de Salvador, cidade com o maior contingente de pessoas negras do Brasil revelam como o racismo obstétrico se manifesta de forma concreta e cotidiana. Relatos de mulheres negras descrevem a negativa de entrada do acompanhante por razões associadas à cor da pele, o descaso diante de situações de risco, e a sensação de total ausência de protagonismo sobre o próprio corpo no momento do parto.

Uma das participantes declarou: "simplesmente eu não tive nenhuma autonomia sobre meu corpo e nenhum protagonismo no nascimento do meu filho. Me senti um pedaço de carne, sem vida, sem dignidade sobre uma maca". Esses discursos evidenciam que a violência obstétrica racializada não é pontual, mas estrutural, inscrita nas relações de poder e nos protocolos institucionais das maternidades (Santana *et al.*, 2024).

Tal como participante coleta Rosa Olívia/ gestação dentro de 5 anos: "Sei que nenhuma gravidez é igual. Porém, ao dar à luz meu terceiro filho, eu sentia dores intensas e apresentava pausas curtas na respiração. Mesmo assim, afirmava com convicção que meu bebê iria nascer naquele momento. Já na maternidade, enquanto ainda colhiam meu sangue, ouvi comentários em tom de deboche, dizendo que era impossível ele nascer naquele instante e que todas falam a mesma coisa e que levaria mais tempo. Ouvi risadas algo que todos os profissionais de saúde precisam evitar, especialmente diante de uma paciente em dor. A enfermeira realizou o toque e informou que eu estava com sete centímetros de dilatação. Logo em seguida quando ela retirou a mão senti uma dor horrível, meu bebê nasceu. Todos estavam despreparados, sem luvas, e houve uma grande correria, pois eu não estava na sala de parto e sim na sala de exames. Ouvir palavras com tom de deboche e presenciar profissionais rindo, mesmo que não fosse diretamente de mim, é algo que considero uma falta de respeito. Nesse momento tão delicado, o que mais precisamos é de empatia. Falo por mim, mas também por tantas outras mulheres que passam por situações semelhantes."

17

A invisibilidade do racismo obstétrico é, em parte, sustentada pela naturalização das práticas que o compõem. Santana *et al.*, (2024) apontam que o racismo institucional produz e mantém hierarquias de dominação racial que se expressam na desatenção sistemática aos corpos de mulheres negras. Os dados do Nascer no Brasil reforçam esse argumento: na 1ª edição do estudo, mesmo entre gestantes sem nenhum risco obstétrico identificado, apenas 5,6% das mulheres passaram pelo parto sem qualquer intervenção desnecessária, enquanto 37% foram submetidas à manobra de Kristeller e 53,5% à episiotomia (Leal *et al.*, 2017). A ausência de justificativa clínica para esses procedimentos, aliada à distribuição racialmente desigual da analgesia, aponta para um modelo assistencial que opera sobre lógicas de biopoder e controle dos corpos, especialmente os corpos negros.

Diante desse cenário, Santana *et al.*, (2024) concluem que enfrentar o racismo obstétrico exige conectar as lutas contra o racismo institucional, a violência de gênero e a violência obstétrica, reconhecendo-as como fenômenos interdependentes. Como futuros profissionais de saúde, torna-se imperativo desenvolver um pensamento crítico e antirracista sobre as práticas obstétricas, identificando de que modo as desigualdades de raça, gênero e classe se traduzem em

condutas que negam às mulheres negras o direito a uma assistência digna, respeitosa e equânime. A formação profissional deve, portanto, incluir o debate sobre o racismo estrutural como determinante das iniquidades em saúde reprodutiva, sob pena de perpetuar, por omissão, o mesmo sistema que historicamente desumanizou os corpos de mulheres negras no Brasil (Santana *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2023).

Categoria 3 – Repercussões emocionais e subjetivas da VO

A violência obstétrica ultrapassa os danos físicos e repercute diretamente na saúde mental, emocional e subjetiva das mulheres, produzindo sentimentos de medo, ansiedade, impotência, insegurança, humilhação e sofrimento que podem permanecer mesmo após o término do ciclo gravídico-puerperal. Nesse sentido, compreender as repercussões emocionais da violência obstétrica torna-se fundamental para analisar seus impactos na vida das mulheres negras, uma vez que essas experiências são atravessadas por desigualdades raciais, sociais e de gênero que potencializam processos de vulnerabilização (Miranda *et al.*, 2025; Santana *et al.*, 2024).

Os resultados deste estudo evidenciaram que, embora 18 mulheres tenham relatado não ter vivenciado experiências negativas durante o pré-natal, sete participantes apontaram situações marcadas por negligência, violência institucional, ausência de assistência adequada e violência psicológica. Tais vivências produziram sentimentos de preocupação, medo e insegurança durante a gestação. A fala de Rosa Âmbar ilustra esse cenário ao relatar que recebia informações alarmantes sobre a condição do bebê e, ao procurar atendimento de emergência, era informada de que não havia nenhuma intercorrência, situação que lhe causava "ansiedade e preocupação desnecessária".

A literatura demonstra que a violência psicológica constitui uma das formas mais frequentes de violência obstétrica, manifestando-se por meio de ameaças, desinformação, intimidação e práticas que geram sofrimento emocional evitável (Bonomo, 2023). Nesse contexto, experiências que produzem medo constante durante a gestação podem comprometer o bem-estar materno e interferir negativamente na construção da maternidade.

Durante o trabalho de parto e o pós-parto, as repercussões emocionais mostraram-se ainda mais evidentes. Entre as participantes que relataram experiências negativas, destacaram-se sentimentos associados ao abandono, à negligência e à falta de acolhimento por parte dos profissionais de saúde. Rosa Dália descreveu sua experiência como marcada pela "falta de informações, abandono da equipe durante o trabalho de parto, falta de empatia/humanização e racismo obstétrico". De modo semelhante, Rosa Verona resumiu sua vivência como

"negligência no parto", evidenciando a sensação de desamparo em um momento de intensa vulnerabilidade física e emocional.

Essas narrativas dialogam com os achados de Moreira do Nascimento *et al.*, (2022), que apontam que mulheres submetidas à violência obstétrica frequentemente relatam sentimentos de abandono, impotência e perda de confiança nos serviços de saúde. A ausência de acolhimento durante o parto contribui para transformar um momento esperado como experiência positiva em uma vivência marcada pelo sofrimento e pela fragilização emocional.

Outro aspecto observado refere-se à perda da autonomia e do protagonismo feminino no processo de nascimento. Rosa Pérola relatou ter desejado uma cesariana, mas foi submetida a mais de doze horas de tentativa de parto vaginal antes da realização da cirurgia. Situações como essa evidenciam relações assimétricas de poder entre profissionais e usuárias, nas quais os desejos e percepções das mulheres são frequentemente desconsiderados. Segundo Medeiros e Nascimento (2022), a negação da autonomia feminina constitui uma das principais expressões da violência obstétrica, produzindo sentimento de impotência e invisibilidade.

As falas também evidenciaram experiências de humilhação e desrespeito que permaneceram vivas na memória das participantes mesmo anos após o parto. Rosa Olívia relatou que, apesar de afirmar que seu filho estava prestes a nascer, ouviu comentários em tom de deboche e risadas por parte da equipe de saúde, descrevendo o episódio como uma profunda falta de respeito em um momento de intensa dor e vulnerabilidade. Esse tipo de experiência demonstra que a violência obstétrica não se restringe a procedimentos inadequados, mas também se manifesta por meio de atitudes, palavras e comportamentos que produzem sofrimento emocional duradouro.

A fala de Rosa Azaleia também revela importantes repercussões subjetivas decorrentes da negligência assistencial. Ao relatar que permaneceu sozinha enquanto seu filho já estava coroando, sem receber a atenção necessária da equipe, evidencia-se uma experiência marcada pelo medo, insegurança e sensação de abandono. Além disso, os comentários realizados pelo profissional de saúde sobre sua quantidade de filhos e sua condição de mulher negra reforçam mecanismos de discriminação racial e de controle reprodutivo historicamente direcionados aos corpos femininos negros (Santana *et al.*, 2024).

As repercussões emocionais da violência obstétrica também podem ser observadas quando as participantes foram questionadas sobre o que mudariam em seus partos. Entre as respostas, surgiram desejos de modificar a equipe assistencial, o hospital, a assistência recebida, a ausência de acompanhante e procedimentos considerados traumáticos. Rosa Dália afirmou que mudaria "a maternidade, a equipe e a forma que fui tratada", enquanto Rosa Magnólia

respondeu que mudaria "a assistência". Tais relatos demonstram que as marcas deixadas pela violência obstétrica permanecem presentes na memória das mulheres, influenciando a forma como elaboram e ressignificam suas experiências de parto.

Dessa forma, os achados deste estudo reforçam que a violência obstétrica não produz apenas consequências físicas imediatas, mas também impactos emocionais e subjetivos que podem persistir por longos períodos. Medo, ansiedade, humilhação, perda de autonomia, sentimento de abandono e traumas relacionados ao parto emergiram como elementos centrais das narrativas das participantes. Sob uma perspectiva interseccional, tais repercussões tornam-se ainda mais significativas quando associadas às experiências de mulheres negras, cuja trajetória reprodutiva é frequentemente atravessada pelo racismo estrutural, pela desigualdade social e pela violência institucional. Assim, torna-se indispensável fortalecer práticas de cuidado pautadas no acolhimento, na escuta qualificada, no respeito à autonomia e na humanização da assistência obstétrica.

4. CONCLUSÃO

Sob uma perspectiva crítica e interseccional, o estudo demonstrou que a violência obstétrica é atravessada por questões de raça e condição socioeconômica. Os dados da FIOCRUZ (2025) e o reconhecimento do racismo estrutural pelo STF confirmam que mulheres negras e em situação de vulnerabilidade socioeconômica são as principais vítimas de uma "hierarquia da dor" que nega anestesia, silencia vozes e desumaniza o nascimento. O Caso Alyne Pimentel permanece como um lembrete contundente de que a negligência obstétrica é uma violação de direitos humanos passível de condenação internacional.

20

Os resultados encontrados evidenciaram que, embora a maioria das participantes estivesse inserida em acompanhamento pré-natal, persistem lacunas importantes relacionadas à educação em saúde e ao conhecimento sobre os direitos referente ao período gravídico-puerperal. Observou-se que grande parte das entrevistadas não receberam orientações sobre violência obstétrica durante o pré-natal, desconhecia seus direitos no ciclo gravídico-puerperal e não saberia como agir diante de uma situação de violência.

Além disso, muitas mulheres não reconheciam o racismo obstétrico até que o conceito lhes fosse apresentado, o que demonstra a naturalização dessas práticas e reforça a necessidade de estratégias educativas que fortaleçam a autonomia, o protagonismo e a capacidade de identificação de situações de violação de direitos. Os relatos também evidenciaram repercussões emocionais significativas, marcadas por sentimentos de medo, ansiedade, abandono,

humilhação e sofrimento, revelando que os impactos da violência obstétrica ultrapassam o momento do parto e podem permanecer na memória das mulheres por longos períodos.

Desta forma, a efetivação dos direitos das mulheres no parto exige necessidade de maior atuação do Estado e legisle especificamente sobre o tema. Não basta reparar o dano após a violação, sendo preciso assegurar que as mulheres tenham seus direitos, escolhas e autonomia respeitados ao longo do parto e nascimento. A justiça reprodutiva só será plena quando o nascimento deixar de ser um cenário de medo e se tornar, para todas as brasileiras, um exercício garantido de cidadania e dignidade.

Vale ressaltar que este estudo apresentou como limitação, a dificuldade na captação de participantes para a pesquisa de campo. Muitas mulheres relataram não desejar revisitar experiências relacionadas à violência obstétrica, enquanto outras alegaram indisponibilidade de tempo ou optaram por não compartilhar suas vivências. Esse cenário representa não apenas um desafio metodológico, mas também um importante achado, ao evidenciar que os impactos dessas experiências podem persistir para além do período gravídico-puerperal, permanecendo como lembranças dolorosas e, por vezes, difíceis de serem verbalizadas. Tal aspecto reforça a necessidade de ampliar espaços seguros de escuta, acolhimento e suporte às mulheres que sofreram violações durante a assistência obstétrica.

Nesse contexto, destaca-se o papel estratégico da enfermagem e da atenção pré-natal na promoção de informações qualificadas, no fortalecimento da autonomia das mulheres negras e na construção de práticas assistenciais comprometidas com a equidade racial, a humanização do cuidado e a prevenção da violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

ARANTES, C. R.; PAIXÃO, J. E. P.; OLIVEIRA, L. M. F. de; SIQUEIRA, R. B. de; SIQUEIRA, G. B. de; SILVA, M. F. G. D. e. Violência obstétrica na sala de parto: tipos de violência e perfil das vítimas / Obstetric violence in birth room: types of violences and profile of victims. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 8, p. 77964-77980, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n8-151. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/34046>. Acesso em: 7 maio. 2025.

BONOMO, M. Violência obstétrica: conceitos e formas de expressão. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 23, n. 1, 2023. Acesso em: 29 de maio. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Acesso em: 7 maio. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Morte de mães negras é duas vezes maior que de brancas, aponta pesquisa. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/morte-de-maes-negras-e-duas-vezes-maior-que-de-brancas-aponta-pesquisa>. Acesso em: 7 maio. 2025.

BRASIL. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.: il. Acesso em: 7 maio. 2025.

CRENSHAW, KIMBERLE. "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics," University of Chicago Legal Forum: Vol. 1989: Iss. 1, Article 8. Acesso em: 7 maio. 2025.

CRESWELL, J.W. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto. Acesso em: 7 maio. 2025.

CRESWELL, J.W. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Thousand Oaks, Ca: Sage, 2014. Acesso em: 7 maio. 2025.

CRESWELL, J.W; CLARCK, V.L.P. Pesquisas de métodos Misto – Série métodos de pesquisa. 2.ed. Porto Alegre: Penso, 2013. Acesso em: 7 maio. 2025.

FERREIRA, G. E.; FERNANDES, I. T. G. P.; FLORES, P. C. B.; CONCEIÇÃO, K. M. da; CAETANO, S. A.; SOUZA, L. N. de; SANTOS, P. O. F. dos; DARIO, J. E. do N.; SILVA, C. D. F. da; NASCIMENTO, A. L. do; FERREIRA, M. Z. J.; SILVA, N. B. A atenção do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco/Nurse's attention in assisting low risk prenatal. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 1, p. 2114-2127, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-172. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/23866>. Acesso em: 7 maio. 2025.

22

GONZALEZ, Lélia. 2020. *Por um Feminismo Afro-Latino-Americano: Ensaios, Intervenções e Diálogos* Rio Janeiro: Zahar. 375 pp. Acesso em: 7 maio. 2025.

GUIMARÃES, J. C. N; PEREIRA, A. L. F; PRATA, J. A; GONÇALVES, D. S. Racismo obstétrico sofrido pelas mulheres negras na assistência pré-natal e ao parto: um estudo qualitativo. Rev Gaúcha Enferm. 2025;46:e20240265. Acesso em: 7 maio. 2025.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; PEREIRA, A. P. E.; PACHECO, V. E.; CARMO, C. N.; SANTOS, R. V. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017. Acesso em: 29 de maio. 2026.

LEITE, T. H.; MARQUES, E. S.; LEAL, M. C.; DOMINGUES, R. M. S. M.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; THEME-FILHA, M. M.; BALDISSEROTTO, M. L.; CAETANO, K. C.; CARVALHO, T. D. G.; FERNANDES, F. F.; COSTA, R. M.; CHIAVAZZOLI, A.; MESENBURG, M. A. Violência obstétrica no estado do Rio de Janeiro: Pesquisa Nascer no Brasil II. Revista de Saúde Pública, v. 59, supl. 1, e6s, 2025.

Lessa, M. S. D. A., Nascimento, E. R., Coelho, E. D. A. C., Soares, I. D. J., Rodrigues, Q. P., Santos, C. A. D. S. T., & Nunes, I. M. (2022). Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades

raciais e suas implicações para o cuidado. *Ciência & saúde coletiva*, 27, 3881-3890. Acesso em: 7 maio. 2025.

Medeiros, R. D. C. D. S., & Nascimento, E. G. C. D. (2022). “Na hora de fazer não chorou”: a violência obstétrica e suas expressões. *Revista Estudos Feministas*, 30. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n371008>. Acesso em: 9 maio. 2025.

MIRANDA, V. T. S.; SILVA, I. C. da; OLIVEIRA, E. S. de; ALVES, L. M.; SANTOS, S. A. G. dos; MARQUES, M. M.; QUIRINO, K. T.; POVOA, F. C. C. The obstetric violence, racism, and their consequences in the life of black women. *Research, Society and Development*, v. 14, n. 4, p. e1814448513, 2025. DOI: 10.33448/rsd-v14i4.48513. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/48513>. Acesso em: 9 maio. 2025.

MOREIRA DO NASCIMENTO, D. E.; CAETANO BARBOSA, J.; BARRETO ISAÍAS, B.; HOLANDA NASCIMENTO, R. B.; MARTINS FERNANDES, E.; TAVARES DE LUNA NETO, R.; DE FARIAS RODRIGUES, M. P. Vivências sobre violência obstétrica: Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto. *Nursing Edição Brasileira*, v. 25, n. 291, p. 8242-8253, 2022. DOI:10.36489/nursing.2022v25i291p8242-8253. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2662>. Acesso em: 9 maio. 2025.

OLIVEIRA DA SILVA, E. W., STEN, B., LIMA, K. de O., SANTOS LIMA, A. J. OS velhos caminhos na solidão da mulher negra. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, v. 14, n. 39, p. 522-545, 2022. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1322>. Acesso em: 9 maio. 2025.

OLIVEIRA, D de. Racismo estrutural: uma perspectiva histórico-crítico: Dandara. 2021. Acesso em: 9 maio 2025.

SANTANA, A. T., COUTO, T. M., LIMA, K. T. R. dos S., OLIVEIRA, P. S. de, BOMFIM, A. N. A., ALMEIDA, L. C. G., RUSMANDO, L. C. S. Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, p. e09952023, 2024. Acesso em: 9 maio 2025.

SANTOS, J. M.; LIMA OLIVEIRA, T.; SOUZAS, R. Parto, mulher negra e violência. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, v. 17, n. 2, p. 112-119, 1 dez. 2016. Acesso em: 7 maio. 2025.

SARAIVA, V. C. DOS S.; CAMPOS, D. DE S. A carne mais barata do mercado é a carne negra: notas sobre o racismo e a violência obstétrica contra mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, p. 2511-2517, 4 set. 2023. Acesso em: 9 de maio. 2025.

SILVA, A. L. C. M. da; NASCIMENTO, G. V. do. Violência obstétrica sob uma perspectiva racial e o papel do Serviço Social. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023. Acesso em: 9 maio. 2025.

SILVA, J. K. V.; LOTTA, G. S. Quais são as percepções e as ações dos profissionais de saúde na atenção básica diante de casos de violência obstétrica? *FGV RIC Revista de Iniciação Científica*, v. 4, n. 1, 2023. Acesso em: 9 maio. 2025.