

# Violência Obstétrica: a dor que tem cor e gênero

Obstetric Violence: pain that has color and gender

Tamires Maria Neves Brandão<sup>1</sup>, Maria Clara de Mello Andrade<sup>2</sup>

## Resumo

**Como citar esse artigo.** BRANDÃO, T. M. N.; ANDRADE, M. C. M. Violência Obstétrica: a dor que tem cor e gênero. **Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades**, Vassouras, v. 13, n. 1, p. 43-54, jan./abr. 2022.

No Brasil o termo “violência obstétrica” ainda não possui um conceito único e tampouco uma lei federal que ampare mulheres vítimas dessa violência. Embora o termo “violência obstétrica” tenha sido criado recentemente pelo médico Rogério Perez D’Gregório presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia da Venezuela, essa violência na assistência obstétrica é uma realidade histórica e ainda presente nas unidades de saúde onde ela se naturalizou. Segundo a Organização Mundial da Saúde a “violência obstétrica” se caracteriza por abusos, desrespeito e maus tratos antes, durante e depois do parto, sendo assim considerada uma questão de saúde pública. Diante disso o presente trabalho pretende trazer uma reflexão crítica às práticas assistenciais ao parto, buscando apontar como essa violência se apresenta e como ela alimenta outros tipos de discriminações como a de gênero e a racial, bem como discorrer sobre as relações de poder exercida pela medicina sobre o corpo da mulher e possíveis medidas de prevenção dessa violência a partir de políticas públicas já existentes. Como metodologia utilizou-se a revisão de literatura especializada no tema, por meio de buscas em periódicos eletrônicos, artigos, livros, cartilhas, publicações oficiais nacionais e internacionais e legislações internacionais e nacionais.

**Palavras-chave:** violência obstétrica; violência de gênero; mulheres negras; Michel Foucault.

## Abstract

**Nota da Editora.** Os artigos publicados na Revista Mosaico são de responsabilidade de seus autores. As informações neles contidas, bem como as opiniões emitidas, não representam pontos de vista da Universidade de Vassouras ou de suas Revistas.

In Brazil, the term “obstetric violence” does not have a single concept or a federal law that supports women victims of this violence. Although the term “obstetric violence” was recently created by physician Rogério Perez D’Gregório president of the Society of Gynecology and Obstetrics of Venezuela, this violence in obstetric care is a historical reality and still present in the health units where she became naturalized. According to the World Health Organization, “obstetric violence” is characterized by abuse, disrespect and mistreatment before, during and after childbirth, thus being considered a public health issue. In view of this, the present work intends to bring a critical reflection to childbirth care practices, seeking to point out how this violence presents itself and how it feeds other types of discrimination such as gender and racial, as well as to discuss the power relations exercised by medicine on women’s bodies and possible measures to prevent this violence from existing public policies. The methodology used was the review of specialized literature on the subject, through searches in electronic journals, articles, books, booklets, official national and international publications and international and national legislation.

**Keywords:** obstetric violence; gender violence; black women; Michel Foucault.

## INTRODUÇÃO

A institucionalização e medicalização do parto trouxe a possibilidade de diminuição da mortalidade infantil e materna, e com ambos vieram também uma regulação e administração da reprodução. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005)

Segundo Miles (1991) a medicalização seria um processo que transforma aspectos da vida humana

Afiliação dos autores

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Psicologia, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil

<sup>2</sup>Psicóloga, Mestre em Psicologia Social, Curso de Psicologia Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil

\* Email de correspondência: tamiresneves.bp@hotmail.com

Recebido em: 14/09/2021. Aceito em: 29/10/2021.

em objetos da medicina, fazendo com que se encaixem nas normas sociais.

Esse processo de medicalização teve início 300 anos antes do parto começar a ser feito em hospitais e a obstetrícia se estabelecer como disciplina médica. Antes desse processo os partos eram realizados em casa, por outras mulheres. (VIEIRA, 1999).

Segundo Vieira (1999) por muito tempo o parto era realizado exclusivamente por mulheres, exercido somente pelas curandeiras, parteiras ou comadres – mulheres de confiança da parturiente ou de experiência reconhecida pela comunidade e que se dedicavam à atividade como um sacerdócio, eram familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, conheciam a gestação e o puerpério por experiência própria e eram encarregadas de confortar a parturiente com alimentos, bebidas e palavras agradáveis. Sendo assim, as mulheres preferiam a companhia das parteiras por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar os genitais.

Os partos realizados em casa eram vistos como pouco rentável pela medicina, que era uma profissão exercida apenas por homens. Com a criação do fórcepe obstétrico pelo cirurgião Peter Chamberlain, no século XVI, a obstetrícia foi introduzida como disciplina técnica, científica e de domínio do homem, já que o fórcepe foi e ainda é utilizado em alguns partos. (OSAVA; MADEME, 1995)

A partir disso o homem viu a possibilidade de realizar um parto, posteriormente o denominando como “perigoso” e alegando dali em diante que seria necessário ser acompanhado sempre por um médico. As parteiras que antes realizavam os partos se veem sem condições econômicas de adquirir o fórcepe obstétrico, o que as impossibilitaria de continuar exercendo suas práticas, já que era um instrumento caro e que sob a influência da medicina passou a fazer parte dos partos. A medicina ainda descredibilizou o conhecimento dessas parteiras, as taxando como “intelectualmente inferiores aos homens”. (OSAVA; MADEME, 1995)

Desse modo a medicina transforma a mulher e seu corpo em objeto de saber e prática, levando em conta que a obstetrícia só foi vista como especialidade médica quando o fórcepe obstétrico foi criado, assim o homem que antes tinha o saber do parto como algo desconhecido torna-se o controlador do parto. (OSAVA; MADEME, 1995)

A partir do século XX já era predominante o parto em hospitais e o preço pago por isso, foi a mulher passar de sujeito para objeto no processo da reprodução. A medicina que deveria curar, acabou contribuindo com a misoginia e com a naturalização de práticas violentas, resultados de uma visão hegemônica. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005)

Atualmente de acordo com a Organização Mundial da Saúde ([OMS], 2014) as mulheres que mais sofrem algum tipo de violência são as mais jovens, de baixo nível sócio econômico, de minorias étnicas, portadoras de HIV, ou seja, mulheres que apresentam vulnerabilidades e que provavelmente não tem conhecimento de seus direitos.

Embora alguns estudos científicos, a OMS e grupos ativistas já falem mais acerca da violência na assistência obstétrica, trazendo à tona reflexões críticas em relação a mesma e políticas de prevenção, os estudos acerca da violência na assistência obstétrica no Brasil ainda são bastante atuais e de pouco conhecimento da parte mais interessada no assunto, que são as gestantes. (OMS, 2014)

A OMS (2014) já considera que essa violência é um problema de saúde pública e a legitimou a partir da declaração “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, publicada em 2014.

Contudo, é de extrema importância que essa temática seja aprofundada, principalmente no que se refere ao acolhimento dessas mulheres desde a gestação até o puerpério, a prevenção de todo tipo de violência na assistência ao parto e a eliminação por completo da mesma.

É relevante também apontar que tal violência vem acompanhada de muito preconceito, sendo destacado a de gênero e o racismo, que foram construídos socialmente, e que precisam acabar. Assim o compromisso do psicólogo segundo os princípios fundamentais do código de ética frente a essa demanda

é:

- I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (CFP, 2005, p.7)

Diante disso o objetivo geral do presente trabalho é trazer uma reflexão crítica às práticas assistenciais do parto, buscando apontar como a “violência obstétrica” se apresenta, tendo como objetivo específico explicar como ela alimenta outros tipos de discriminações como a de gênero e a racial, e como a informação pode contribuir para que os direitos dessas mulheres sejam preservados desde a gestação até o puerpério. Bem como discorrer sobre as relações de poder sobre o corpo da mulher, as medidas de prevenção da violência obstétrica apresentadas pelo governo brasileiro e algumas contradições, e as possibilidades de enfrentamento dessa violência.

Como metodologia utilizou-se a revisão de literatura especializada no tema, por meio de buscas em periódicos eletrônicos, artigos, livros, cartilhas, publicações oficiais nacionais e internacionais e legislações internacionais e nacionais.

## **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Segundo Azevedo (2015) pode-se afirmar que a violência na atenção obstétrica diz respeito a ações ou omissões, culposa ou dolosa, praticada por profissionais que atuam na assistência obstétrica ou, ainda em casos de procedimentos abortivos autorizados, que infringem o direito à assistência médica da mulher, implique em abuso, maus-tratos ou desrespeito à autonomia feminina sobre o próprio corpo ou à liberdade de escolha acerca do processo reprodutivo que entender adequado.

Assim Azevedo (2015) caracteriza essa violência como intervenções indevidas, abusivas e não informadas, que afete o corpo feminino ou o seu processo reprodutivo, onde também é violada sua autonomia, sua liberdade, sua privacidade, o direito de escolher e participar das decisões tomadas. (AZEVEDO, 2015)

Já Diniz *et al.*, (2015) a reconhecem com outras nomenclaturas como: violência de gênero, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana ou desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto, entre outros. (DINIZ *et al.*, 2015)

O termo surgiu no meio acadêmico através do Dr. Rogerio Pérez D’Gregorio, e foi publicado em 2010 no *Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia*. (D’GREGORIO, 2010)

Nos países como a Venezuela e a Argentina, a violência obstétrica, já é reconhecida como um crime cometido contra as mulheres, como também já há políticas de prevenção, punição e eliminação dessa violência. Na Argentina a lei foi criada em 2004, lei 25.929, conhecida como “Ley de parto humanizado”. Já na Venezuela a lei foi sancionada em 2007, e é conhecida como “Lei orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”. (REZENDE, 2014)

Assim o objetivo da Lei Venezuelana é:

Garantir e promover o direito das mulheres a uma vida livre de violência, criando condições para prevenir, atender, punir e erradicar a violência contra as mulheres em qualquer de suas

manifestações e áreas, promovendo mudanças nos padrões socioculturais que sustentam a desigualdade de relações de gênero e poder sobre as mulheres, para favorecer a construção de uma sociedade (VENEZUELA, p.1,2017).

Assim, a Lei Venezuelana, defini violência obstétrica como:

Artículo 15. [...]

13 - *Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres* (VENEZUELA, p. 9, 2007).

Já a OMS (2014) aponta como características dessa violência os relatos sobre desrespeito e abusos antes e depois do parto em maternidades e hospitais que incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas unidades de saúde, cuidado negligente no parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos, após o parto, por incapacidade de pagamento.

No Brasil, o Estado de Santa Catarina, já possui uma legislação específica para a violência obstétrica. A Lei de 17.097, de 17 de janeiro de 2017, apresenta a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado. Essa lei vai considerar violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por acompanhante ou familiar que ofenda verbalmente ou fisicamente a gestante, parturiente ou, ainda no período de puerpério. (SANTA CATARINA, 2017)

É importante destacar que não há no Brasil uma lei ou um termo específico de cunho Federal que caracterize formalmente essa violência ou que a torne crime, mas há diretrizes e normatizações criadas pelo governo e pela Anvisa, que evidenciam a garantia de direitos dessas mulheres desde os anos de 2000 orientando suas ações para humanizar o parto, e que deveriam servir para protegê-las. (AZEVEDO, 2015)

Desse modo evidenciaremos os objetivos em comum abordados por algumas normas e manuais técnicos criados pelo Ministério da Saúde, como a “Política Nacional de Humanização”, “Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento”, “Parto, aborto e puerpério”, “Atenção ao Pré-Natal de baixo risco”, “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, “Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal” e o “Programa Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada” tem em comum produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar, melhorar o acesso e a qualidade do pré-natal, do parto e do puerpério, disseminar conceitos e práticas aos profissionais de saúde através de capacitação, qualificar as redes de atenção, reduzir a morbimortalidade materno e infantil, implementar ações que contribuam para a garantia dos direitos das mulheres. (BRASIL, 2003; 2002; 2001; 2013; 2004; 2004; 2006)

De acordo com o exposto acima é possível perceber que os diversos manuais técnicos publicados no Brasil em diferentes datas, preveem mudanças na assistência ao parto. Esses manuais reafirmam que o governo tem conhecimento de que nem todas as mulheres são tratadas com dignidade e respeito durante a assistência ao pré-natal, o parto e o puerpério, se tornando um problema de saúde pública.

Já a Cartilha Parto, aborto e puerpério (2001) afirma que algumas práticas da medicina foram adotadas seguindo o pensamento científico, porém outras têm sido incorporadas e utilizadas durante

anos, respaldadas somente pela tradição e pelo princípio da autoridade. (BRASIL, 2001)

Segundo a cartilha, são práticas prejudiciais e/ou ineficazes: uso rotineiro do enema, infusão intravenosa, uso da tricotomia, cateterização venosa profilática, uso da posição supina, exame retal, uso de pelvimetria por raios X, administração de ocitócicos, uso da posição litotomia, manobra de Valsalva, massagem e distensão do períneo, uso de comprimidos orais de ergometria, uso de ergometria por via parenteral, lavagem manual do útero pós-parto, uso liberal ou rotineiro da episiotomia, toques vaginais frequentes e por mais de um examinador. (BRASIL, 2001)

Ao mesmo tempo em que, tais manuais existem e evidenciam cientificamente, o que deveria ou não ser feito antes, durante e depois do parto, o Ministério da Saúde se nega a reconhecer que a violência obstétrica é uma realidade na assistência ao parto, e, segundo ele, o termo “violência obstétrica” é usado de maneira inadequada, não acrescenta valor e ainda atrapalha no cuidado da gestante, parturiente e puérpera. (BRASIL, 2019)

O posicionamento do Ministério da Saúde se contradiz com suas diretrizes e normatizações, principalmente no que diz a respeito à procedimentos desnecessários realizados durante o trabalho de parto, apoiado no entendimento do Conselho Federal de Medicina, que publicou em 2019, que a expressão seria uma “agressão contra a medicina e a especialidade de ginecologia e obstetrícia”. (CFM, p. 2, 2019)

Isso nos leva a acreditar que embora haja um planejamento através de políticas públicas para que a violência obstétrica não aconteça, na prática além de não ser uma realidade, também parece que não ser um “problema” ou um assunto de grande relevância no país, onde a mulher ainda é vista como um objeto frágil e submisso, e a sua subjetividade e sua vontade ainda não é tão considerada como deveria.

Assim podemos perceber que a violência dentro da assistência ao parto não se refere apenas a erros das equipes de saúde, infelizmente ela se encontra muito mais enraizada do que imaginamos. Ela vem a séculos se naturalizando, o que impossibilita ainda mais o seu reconhecimento, já que se uniram às práticas institucionais.

As parturientes e suas famílias geralmente desconhecem atitudes e atos violentos e possivelmente acreditam que aquelas práticas são necessárias no atendimento, dando a entender que há um consentimento por parte dessas mulheres a essa violência. (WOLFF; WALDOW, 2008)

A violência obstétrica não traz somente a dor, como também diversos preconceitos, como por exemplo: idade, cor, classe social e o principal de todos, ser mulher. O corpo feminino tem carregado com ele uma cultura machista, onde o patriarcado domina, controla e impõe o seu poder, e nos evidencia cada vez mais a desigualdade de gênero. (BRAUNER; FRANÇA, 2018)

Michel Foucault não fala diretamente sobre as questões de gênero, mas contribui teoricamente quando fala sobre o poder e os discursos de dominação dos corpos, que se intensificou com a globalização contemporânea. (BRAUNER; FRANÇA, 2018)

Foucault ao analisar a medicina capitalista, entende como estratégia o controle sobre os corpos e assim consequentemente o controle social, da sexualidade e da reprodução, que asseguraria também o controle populacional, das forças de trabalho e os modos que as relações sociais se estabelecem, resultando em uma sexualidade útil e politicamente conservadora. (FOUCAULT, 1982)

Desse modo o controle seria uma estratégia de poder da sociedade atual e o objeto do biopoder seria o corpo feminino.

Assim Foucault (1988) aponta que nas relações de poder a sexualidade não é a mais rígida, mas a que adota maior instrumentalidade: é utilizável em manobras, e pode servir de ponto de apoio, de articulação para variadas estratégias. Essa estratégia não é única, global, não vale para toda a sociedade e não é uniforme a todas as manifestações de sexo : a ideia é de tentar reduzir o sexo a uma função reprodutiva , heterossexual e adulta e a sua legitimidade no matrimônio não se explica ,os diversos objetivos usados ,os meios colocados em ação nas políticas sexuais relacionado aos dois sexos ,as distintas idades e classes sociais .O poder será circular, será móvel, em alguns momentos os indivíduos exercem o poder e

em outros momentos se submeterá a ele.

Segundo Brauner; França (2018) essa concepção foucaultiana de poder e biopoder surgiu na metade do século XVIII, para complementar o poder disciplinar, para atender as novas complexibilidades sociais, resultante da modernização e aumento da população, sendo preciso criar mecanismos de controle, não somente dos corpos, mas também das massas populacionais.

A partir disso, o controle da sexualidade se instala neste entremeio, entre o corpo e a população, onde deve haver disciplina e a regulamentação, que tem em comum a norma. (BRAUNER; FRANÇA, 2018)

Contudo Foucault esclarece as práticas de poder, fazendo sua análise ser a base do Estado Democrático de Direito e das liberdades fundamentais. (BRAUNER; FRANÇA, 2018)

Segundo as autoras durante milênios enquanto muitos grupos como judeus, escravos, entre outros, ganhavam alguns direitos, as mulheres não eram incluídas, elas só passaram a ganhar o direito ao voto a partir do século XIX. (BRAUNER; FRANÇA, 2018)

Por muitos anos a mulher foi vista como inferior e a luta de lá para cá tem trazido algumas vitórias, como o direito ao voto, o uso do anticoncepcional, entre outros. O feminismo teve papel primordial nessa luta. (BRAUNER; FRANÇA, 2018)

Barsted; Alers (1987) define feminismo como uma doutrina ou movimento social cujos seguidores principais são geralmente mulheres cuja característica é definida pelas ideias de liberdade e igualdade, e pela crítica às formas hierarquizadas de relacionamento social.

No Brasil esses movimentos começaram a tomar força na década de 1970, os grupos feministas lutaram pela redemocratização do país e por melhorias de vida e de trabalho. Essa luta resultou no reconhecimento da condição feminina pelo Estado e governos estaduais brasileiros e na criação de políticas públicas voltadas para a discriminação que essas mulheres sofriam. Foi criado conselhos dos direitos da mulher, delegacias específicas para o atendimento à mulher, programas de saúde e de prevenção e atendimento às vítimas de violência sexual e doméstica, como também a criação e aprovação de 14 leis e emendas orçamentárias. (CASTRO; MACHADO, 2016)

Diante disso é possível perceber o quão importante tem sido os movimentos feministas, que lutam pela libertação da mulher no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos, indo contra o patriarcado, que ainda persiste em querer dominar o corpo feminino até os dias de hoje.

Assim é importante entender que quando falamos de direitos reprodutivos das mulheres, falamos de direitos que passam desde o direito ao planejamento familiar, ao aborto, a esterilização voluntária feminina, a assistência obstétrica, dentro outros, que assim se enquadram em questões de saúde pública. (FRANÇA; BRAUNER, 2018)

## **A POSSIBILIDADE DA ESCOLHA DO PARTO CESARIANA COMO UMA IDEALIZAÇÃO DO PARTO SEM DOR**

Naomi Wolf em “O Mito da Beleza” evidencia a dor histórica que as mulheres carregam. Essa dor vem desde o parto que poderia matá-las, do casamento abusivo e do emprego que eram em condições precárias e que trazia ainda mais dor, embora trabalhar naquela época fosse visto como um ato de resistência e sobrevivência. A dor e o sofrimento na mulher foram vistos como algo suportável, e isso foi se naturalizando durante os séculos e vem se arrastando até os dias de hoje. (WOLF, 1992)

Assim situações desrespeitosas dentro dessas unidades que deveriam acolher, podem resultar em alguns casos pela escolha do parto cesariana, já que o parto normal carrega com ele um estereótipo de sofrimento e dor. (DOMINGUES et al., 2014)

Segundo o Ministério da Saúde (2001) a cesárea é um procedimento cirúrgico, que quando bem indicado, reduz a morbidade e mortalidade perinatal e materna. Deve ser indicada por critérios estritamente clínicos e obstétricos. (BRASIL, 2001)

A questão não é reprovar determinado tipo de parto que será realizado e tampouco tirar o direito dessa mulher de escolher o tipo de parto que deseja (normal ou cesárea), pelo contrário, é justamente mostrar o direito que essa mulher tem de decidir. É importante destacar que segundo a cartilha “Parto, aborto e puerpério” a assistência adequada ao parto e o respeito aos direitos e desejos da parturiente vão garantir seu conforto, segurança e bem estar, independentemente da via de parto. (BRASIL, 2001)

Assim mesmo, que a via de parto escolhida pela gestante não seja possível no momento do nascimento do bebê por critérios clínicos, a comunicação por parte da equipe médica é de suma importância, com informações claras e explicações sobre os procedimentos que serão realizados, tudo isso associado ao acolhimento e encorajamento dessa mulher.

Recentemente, a Fiocruz divulgou uma pesquisa, que foi propagada com grande ênfase na mídia, e que deu origem para uma série de artigos na revista da própria Fiocruz, a Cadernos de Saúde Pública. A conclusão principal do estudo que avaliou mais de 20.000 mulheres foi que a proporção de cesarianas atingiu patamares muito superiores ao desejado pelas mulheres no início da gestação nos setores privado e público. O motivo apresentado por quase metade das mulheres foi o medo da dor. (DOMINGUES *et al.*, p. 2014)

A cesariana ainda idealiza o parto sem dor, quando na verdade possui diversos riscos por se tratar de um procedimento cirúrgico. Segundo a OMS (2015), na declaração sobre as taxas de cesáreas desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%, porém não é esse cenário que vemos, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento.

Entendemos que as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal, porém deve se atentar se há a verdadeira demanda do procedimento, levando em conta que não há evidências de que realizar uma cesariana sem necessidade, pode trazer benefícios para essa mulher e para o bebê. A cesariana, como qualquer procedimento cirúrgico pode apresentar riscos imediatos e em longo prazo. Esses riscos podem se estender e afetar a mulher e o seu filho, podendo resultar até em problemas em gestações futuras, além de que esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados. (OMS, 2015)

Considerando a subjetividade dessas mulheres, uma possibilidade que apontamos diante da escolha da cesariana, como opção de parto, são justamente toda a dor e sofrimento que vão sendo passados nos relatos de gerações anteriores, mesmo sem um conhecimento prévio, de que aquela forma de cuidado, na verdade se tratava de formas de violências disfarçadas de cuidado.

O Ministério da Saúde, através da cartilha “Parto, aborto, puerpério: assistência humanizada a mulher”, aponta que:

O parto constitui um dos pontos fundamentais da vida psicossocial da mulher. Assim, quando é vivenciado com dor, angústia, medo e isolamento, podem levar a distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais, podendo influenciar o relacionamento mãe/filho, além de sua vida afetiva e conjugal. O medo gera dor e a dor aumenta o medo. (BRASIL, p.64, 2001)

Isto é, o sofrimento no parto pode gerar muitas consequências, tanto físicas como emocionais. Além de que pode influenciar a escolha da mulher pelo parto cesariano, tendo a ideia de que tal parto lhe trará mais conforto e menos dor. Porém se tratando de uma violência de gênero, todas as mulheres acabam estando suscetíveis a serem vítimas, sendo o parto natural ou cesariano, sendo o hospital público o maior

produtor dessa violência, mas não o único.

## E O QUE A COR DESSAS MULHERES TEM A VER COM ISSO?

Outro fator histórico a ser discutido neste trabalho é o racismo institucional existente na assistência à saúde e que faz com que mulheres negras sofram ainda mais do que mulheres brancas. Segundo Vaz (2019), o racismo institucional e as práticas sexistas ganharam espaço nas unidades de saúde, banalizando as relações de poder estabelecidas entre médico e gestante, resultando na desconsideração e desrespeito a mulher negra, negando-a como sujeito de direito. (VAZ, 2019)

Em 2011, o Ministério da Saúde criou a cartilha “Racismo como determinante social de saúde”, onde afirma que historicamente grande parte das causas de doenças e desigualdades em saúde, deriva de fatores como: condições de nascimento; trajetória familiar e individual; desigualdades de raça, etnia, sexo e idade; local e condições de vida e moradia; condições de trabalho, emprego e renda; acesso à informação e aos bens e serviços disponíveis. O documento afirma ainda que as questões de inequidades em saúde estão associadas à raça, gênero e econômica. (BRASIL, 2011)

Segundo Maria do Carmo Leal, pesquisadora na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a desigualdade racial fica evidente no atendimento as mulheres grávidas.

Em 2014 a pesquisadora coordenou a pesquisa *Nascer no Brasil* e evidenciou falas como: “mulheres pretas tem quadris mais largos e, por isso, são parideiras por excelência”, “negras são fortes e mais resistentes à dor”, falas que não possuem nenhum embasamento científico e que reforçam ainda mais o racismo institucional. (ABRASCO, 2020)

Além do mais, a pesquisadora observou que há varias disparidades desde o pré-natal até o parto, tendo as mulheres negras o maior risco de ter um pré-natal inadequado, realizando menos consultas e tendo suas consultas realizadas com duração mais rápidas, do que seria o indicado pelo Ministério da Saúde. (ABRASCO, 2020)

Também na pesquisa “Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto”, que aconteceu entre 1999 e 2001 às autoras identificaram a maior prevalência de negras com maternidade na adolescência e também com um grau baixo de escolaridade. A pesquisa ainda afirma que esses fatores irão influenciar na qualidade do pré-natal dessas mulheres, como também no seu parto. (LEAL *et al.*, 2005)

Conforme o “Relatório Anual Socioeconômico da Mulher de 2014” aponta, gestantes pretas e pardas, apenas 56,4% e 54,8%, respectivamente tiveram acesso a pelo menos sete consultas do pré-natal, enquanto as gestantes brancas tinham mais acesso ao atendimento pré-natal, sendo que quase 75% delas tiveram sete ou mais consultas. Além disso, os óbitos de mulheres negras durante a gravidez e o puerpério correspondiam a mais de 60%, enquanto os óbitos em mulheres brancas decorrentes de causas obstétricas eram de 34%, dados da pesquisa realizada no ano de 2012. (BRASIL, 2015)

Dados alarmantes, levando em conta o avanço da tecnologia e da medicina, o lugar que deveria cuidar, abriu a porta para a desigualdade e o controle da vida. Essas desigualdades vão se apresentar nas instituições de saúde, como se pode constatar:

(...) no pré-natal [as mulheres negras] tiveram menor acesso a atenção adequada em acordo aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde. No momento do parto, foram mais penalizadas por não serem aceitas na primeira maternidade que procuraram e, durante o parto, receberam menos anestesia. Essas diferenças no tratamento oferecido foram apreendidas pelas mulheres ao avaliarem a qualidade dos serviços oferecidos a elas (LEAL *et al.*, p. 106, 2005).

Embora haja políticas públicas para a proteção da população negra, a construção histórica da escravidão negra no Brasil se legitimou e toda essa ideologia inferiorizou essas pessoas, contribuindo para naturalização e subalternização do negro. (VAZ, 2019)

Essa construção de estigmas que perpassa na imagem da população negra no Brasil, reflete nos serviços de saúde, fazendo com que os serviços e os atendimentos de saúde associem o corpo feminino negro ao crime, a doença, a violência, a beleza e a prostituição, principalmente no momento do parto. (SILVA; FONSECA, 2012)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a violência obstétrica seja um problema de saúde pública e haja medidas teóricas como políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade na assistência ao parto, para sanar problemas como desrespeito e maus tratos a gestantes, parturientes e puérperas, muitas mulheres ainda desconhecem o termo e se quer sabem o que é ou não considerado uma violência no parto, justamente pela naturalização de tais atos.

No Brasil essa violência não tem um conceito único e nem uma lei federal que possa de fato tornar a violência obstétrica um crime. O que de certa maneira contribui para que essa violência ainda seja uma realidade dentro das unidades de saúde, já que não há uma penalidade para quem a pratique e também porque ela vem durante anos se apresentando como práticas “comuns” ao parto. Além também do negacionismo do Ministério da Saúde que deveria ser o primeiro a querer colocar em prática todas as políticas públicas já existentes e criar novas que atendam às necessidades atuais e que de fato saiam da teoria e se tornem realidade

A violência obstétrica infringe os direitos da mulher, e, principalmente, os direitos humanos, além de abrir as portas para o racismo institucional, já que as mulheres negras, são as que têm a assistência ao parto mais inadequado, no pré-natal fazem menos acompanhamento do que indicado pelo Ministério da Saúde e no parto, menos analgesia ou nenhuma, sob alegação de serem mais resistentes a dor.

Essa violência de gênero e o racismo institucional são resultados das relações de poder ainda existentes, e que são alimentadas por uma sociedade racista, machista e patriarcal.

Entendemos diante disso que a informação é uma das formas mais importantes de prevenção dessas violências, considerando que o racismo institucional traz com ele ainda mais dor e sofrimento. A divulgação do tema no período da gestação possibilita o acesso dessas mulheres às informações, não somente no que diz respeito a essa violência, mas também sobre a escolha do parto junto à equipe médica, conhecimento dos seus direitos, como, por exemplo, o direito ao acompanhante, previsto em lei, mas que nem todas as gestantes tem conhecimento.

Outra possível forma de prevenção a essa violência e ao racismo institucional é a inclusão de disciplinas dentro das universidades e instituições de educação em saúde que abordem os temas e que traga uma reflexão crítica a esses futuros profissionais, acerca dos modelos com evidências científicas e modelos respaldados pela tradição e pelo princípio da autoridade.

Por fim, é fundamental devolver a mulher o protagonismo do seu parto e do seu próprio corpo, oferecer um pré-natal adequado e um parto seguro, entendendo que cada parto é único e o entendimento disso trará uma assistência obstétrica de qualidade e respeito.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Júlio Camargo de. Precisamos falar sobre a violência obstétrica. Revista Consultor Jurídico, maio de 2015. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-mai-16/julio-azevedo-precisamos-falar-violencia-obstetrica?imprimir=1>. Acesso em: 11 set. 2021.

BRANDT, Gabriela Pinheiro; SOUZA, Silvia Jaqueline Pereira de; MIGOTO, Michelle Thais; WEIGERT, Simone Planca. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto.

Revista Gestão; Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

BRASIL. Decreto 1.269/17, de 17 de janeiro de 2017. Assembleia Legislativa de Santa Catarina/GCAN: edição estadual, Santa Catarina, 2017. Disponível em: [http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_lei.html](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html). Acesso em: 11 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed. rev. – Brasília, 2013. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIwOQ==>. Acesso em: 11 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), Brasília, 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio>. Acesso em: 11 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 11 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção Integral a saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2004. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 11 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 11 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Secretaria de Políticas de Saúde-Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília, 2000. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-935040>. Acesso em: 11 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Racismo como determinante social de saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/igualdade-racial/racismo-como-determinante-social-de-saude>. Acesso em: 11 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da População Negra- A construção da raça nacional: estratégias eugênicas em torno do corpo da mulher. Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. Brasília, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_negra.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf). Acesso em: 11 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Pré Natal: normas e manuais técnicos. ed.3, Brasília, 1998. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre\\_natal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre_natal.pdf). Acesso em: 11 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Posicionamento oficial do Ministério da Saúde sobre o termo “violência obstétrica”. Brasília, maio de 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/797-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica>. Acesso em: 11 set. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Relatório Anual Socioeconômico da Mulher de 2014. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, março de 2015. 181p. Disponível em: [http://www.mulheres.ba.gov.br/arquivos/File/Publicacoes/RelatorioAnualSocioeconomicodaMulher\\_2014.pdf](http://www.mulheres.ba.gov.br/arquivos/File/Publicacoes/RelatorioAnualSocioeconomicodaMulher_2014.pdf). Acesso em: 11 set. 2021.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo; FRANÇA, Karoline Veiga. O corpo feminino sob uma perspectiva foucaultiana: rumo à construção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil. VII Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade, Rio Grande, 2018. Disponível em: <https://7seminario.furg.br/images/arquivo/236.pdf>. Acesso em:

11 set. 2021.

CABRAL, Stella; PEREZ, Debora. Violência obstétrica: produção científica de psicólogos sobre o tema. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade (ECOS)*, v. 9. n. 2. 2020. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/28>. Acesso em: 11 set. 2021.

CASTRO, Amanda Motta. MACHADO, Rita de Cássia Fraga. *Estudos feministas, mulheres e educação popular*. Curitiba: CRV, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Nota à imprensa e à população. p. 1-2, Brasília, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional dos Psicólogos, Resolução n.º 10/05, p.7. *Psicologia, ética e direitos humanos*. Brasília, 2005. Acesso em: 11 set. 2021.

D'GREGORIO, R.P. Obstetric Violence: a new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v.111, n.3, 2010, pp.201-202. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>. Acesso em: 11 set. 2021.

DINIZ, Simone Grilo et al. Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para a sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt\\_19.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf). Acesso em: 11 set. 2021.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup.: S101-S116, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BdmBs37cdNJNLzstXTQngsj/?format=pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

FIOCRUZ. Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. 2014. Disponível em: <http://www6.enp.fiocruz.br/nascerbrasil/>. Acesso em: 11 set. 2021.

FLAESCHEN, Hara. Mulheres negras sofrem mais violência obstétrica. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Março de 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/8m-mulheres-negras-sofrem-mais-violencia-obstetrica/45463/>. Acesso em: 11 set. 2021.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 9 ed. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, p. 180. Disponível em: <https://pt.b-ok.lat/book/1201787/caae64>. Acesso em: 11 set. 2021.

Fundação Perseu Abramo/SESC. *Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados*. São Paulo, 2010. Acesso em: 11 set. 2021.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2005: p. 100-107. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/rsp/2005.v39n1/100-107/>. Acesso em: 11 set. 2021.

LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas no Brasil*. Editora Rede Unida, 2ª ed. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/instituicoes-medicadas-pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

MARIANI, Adriana Cristina; NETO, José Osório do Nascimento. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *Cad. Esc. Dir. Rel. Int. (UNIBRASIL)*, v.2, n.25, jul/dez, Curitiba, 2016. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernosdireito/article/view/3060>. Acesso em: 11 set. 2021.

MILES, A. *Women, Health and Medicine*. Open University Press, Milton Keynes, Philadelphia, 1991. Disponível em: <https://archive.org/details/womenhealthmedic0000mile1>. Acesso em: 11 set. 2021.

NAGAHAMA, Elisabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência; Saúde coletiva*, v.10, n.3, Rio de Janeiro jul/set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

OLIVEIRA, Ellen Hilda Souza de Alcântara. Mulheres negras vítimas de violência obstétrica: estudo em um hospital público de Feira de Santana-BAHIA. Rio de Janeiro, fevereiro de 2017. Disponível: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30942/2/ellen\\_oliveira\\_iff\\_mest\\_2018.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30942/2/ellen_oliveira_iff_mest_2018.pdf). Acesso em: 11 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra/Suíça, 2014. Disponível em: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/pt/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/pt/). Acesso em: 11 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Informe mundial sobre la violencia y salud. Genebra, 2002. Disponível em: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/abstract\\_es.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf). Acesso em: 11 set. 2021.

OSAVA, Ruth Hitomi; MAMEDE, Marli Vilella. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, Rio de Janeiro, v.105, n.1-2, p.309, jan/fev. 1995. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-154044>. Acesso em: 11 set. 2021.

PEREIRA, Jéssica Souza; SILVA, Jordana Cunha de Oliveira; BORGES, Natália Alves; RIBEIRO, Mayara de Mello Gonçalves; AUAREK, Luiza Jardim; SOUZA, José Helvécio Kalil de. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. Vol.15, n.1, pp.103-108 (Jun – Ago 2016). Disponível em: [https://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/6646/1/ARTIGO\\_Viol%C3%AanciaObst%C3%A9tricaOfensa.pdf](https://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/6646/1/ARTIGO_Viol%C3%AanciaObst%C3%A9tricaOfensa.pdf). Acesso em: 11 set. 2021.

REZENDE, Carolina Neiva Domingues Vieira de. Violência Obstétrica: uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecida legalmente no Brasil. Brasília, 2014. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/5969/1/20812390.pdf>. Acesso em:

SILVA, Silvia Elaine da. Violência obstétrica como violência de gênero: uma análise sob o prisma dos direitos humanos. *VI Colóquio Mulher e Sociedade*, 2019. Disponível em: [sites.uepg.br › jornalismo › ocs](https://sites.uepg.br/jornalismo/ocs). Acesso em: 11 set. 2021.

VAZ, Amanda Poli. O enfrentamento da violência obstétrica de viés racial na América Latina sob a ótica dos direitos humanos. Instituto Latino-Americano de arte, cultura e história (ILAACH). Foz do Iguaçu, 2019. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/5121/TCC%20AMANDA%20VAZ%20-%20VERS%C3%83O%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 set. 2021.

VENEZUELA, Ley Orgânica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. *Gaceta Oficial* 38.668 de 23 de abril de 2007. Disponível em: <https://consejoderechoshumanos.gob.ve/wpcontent/uploads/2020/09/libroleyorganicamujer.pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. *Questões da saúde reprodutiva*. FIOCRUZ, p. 67-78, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916-05.pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

WOLF, Naomi. *O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres*. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 3, p. 138-151, São Paulo, 2008. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2008.v17n3/138-151/pt>. Acesso em: 11 set. 2021.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos de; HABIGZANG, Luisa Fernanda. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia; Sociedade*, 29: e155043. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>. Acesso em: 11 set. 2021.