

Parto, mulher negra e violência: corpos invisíveis?

Childbirth, black women and violence: invisible bodies?

Jaqueline Maria Santos¹, Tamiz Lima Oliveira^{II}, Raquel Souza^{III}

Resumo

Compreendendo a interseccionalidade da dupla opressão de gênero e raça que a mulher negra está sujeita, faz-se uma análise de como o parto é um procedimento carregado de dimensões políticas, sociais e culturais, consequentemente deixando sequelas não só físicas como psicossociais. Foi realizado um levantamento bibliográfico em pesquisas quantitativas e qualitativas sobre o assunto, e identificou-se através dos dados a presença da violência institucional e obstétrica como prática comum; a Política de Humanização do Parto precisa ser revisada e monitorada, há ausência de pesquisas que relacionem violência obstétrica com a questão racial.

Palavras-Chave: Parto. Mulheres Negras. Violência

Abstract

Understanding the intersectionality of gender and race oppression in which black women are subject, an analysis was made concerning childbirth. The birth is influenced by political, social and cultural dimensions which results in physical and psychosocial sequels. A literature review about the matter was made, both quantitative and qualitative. The data showed institutional and obstetric violence as a common practice; The Humanized Childbirth Policy needs to be reviewed and monitored, there is lack of research that relates obstetric violence with racial issues.

Keyword: Parturition. Black women. Violence

¹ Jaqueline Maria Santos (jaquelinemariasmi@gmail.com) é enfermeira pela Universidade Federal da Bahia e Mestranda em Relações Étnicas e Contemporaneidade na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

^{II} Tamiz Lima Oliveira (tamiz.oliveira@gmail.com) é Assistente Social pela Universidade do Recôncavo da Bahia e Mestranda em Relações Étnicas e Contemporaneidade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia,

^{III} Raquel Souza (raquelsouzas@hotmail.com) possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo, graduação em Licenciatura em Ciências Sociais pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Atualmente Professora Colaboradora no Programa Pós-graduação de Relações Étnicas e Contemporaneidade na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.



Introdução

Este texto apresenta uma breve discussão sobre aspectos relacionados ao parto, mas não especificamente ao procedimento médico, e sim compreendê-lo na perspectiva da protagonista do evento, verificando as implicações na vida da mulher parturiente e refletindo sobre a assistência desenvolvida pelas instituições que o realizam. O processo de institucionalização do parto no século XIX trouxe grandes transformações para o cenário da parturição, objetivando neutralizar os riscos e amenizar a mortalidade materna e infantil. Isso foi feito, porém, sem uma política adequada que garantisse às parturientes e aos recém-nascidos uma assistência humanizada e com qualidade⁸. Buscamos relacionar essa discussão à condição da mulher negra¹⁶ que traz consigo as marcas do racismo, do sexismo e do patriarcado durante toda sua trajetória.

A construção da identidade social da mulher negra desde sua infância está associada a elementos negativos¹³. Representações essas que a colocam como submissa e/ou sexualizada, reveladas através de estereótipos de mãe-preta, mulata e empregada doméstica¹. Pensando sobre as intelectuais negras afro-americanas:

O sexíssimo e o racismo atuando juntos perpetuam uma iconografia de representação da negra que imprime na consciência cultural coletiva a ideia de que ela está nesse planeta principalmente para servir aos outros. Desde a escravidão até hoje o corpo da negra tem sido visto pelos ocidentais como símbolo quintessental de uma presença feminina natural orgânica mais próxima da natureza animalística e primitiva (p. 468)¹⁴.

Elementos de inferiorização corroboram para essa construção negativa que permeia a saúde mental das mulheres negras, desde as

desigualdades de gênero reproduzidas pela sociedade, quanto à discriminação racial sofrida diariamente por elas. O gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e uma forma primeira de dar significado às relações de poder¹². Dessa forma, gênero assume papel de relevância enquanto marcador das diferenças sociais entre homens e as mulheres. Tais diferenças, para além do aspecto biológico, devem ser explicadas a partir da determinação sociocultural.

Considerações acerca da violência obstétrica

A discussão sobre violência obstétrica tem aumentado no início deste século em redes sociais, manifestações de rua, produções científicas e rodas de conversa. Mesmo com todo esse avanço, ainda se mostra um universo de significados e valores que ainda se tem muito a desbravar, principalmente quando comparada a produções sobre violência contra as mulheres expressas em outros espaços, como o domiciliar, geralmente realizada por parceiro íntimo.

A precarização da saúde, a falta de recurso, a infraestrutura e a sobrecarga dos profissionais não devem ser dissociadas das dimensões sociais dos sujeitos envolvidos – profissionais e pacientes. Entendendo o parto como um procedimento amplamente conhecido como delicado e doloroso, o que, na maioria das vezes, evidencia não o aspecto físico do procedimento, mas sim a violência e maus-tratos sofridos.

A carga simbólica que o ambiente da maternidade ocasiona na vida das mulheres são construtos de um misto de realização e insegurança, decorrente de uma série de violações de direitos. Toda mulher brasileira tem garantido pela Lei de Humanização do Parto³ direito a escolher os procedimentos que serão realizados em seu corpo; a ter acesso a informações verdadeiras e

confiáveis; a ter respeito ao seu momento vivido, de ter contato com o seu filho após o parto; e a ter um acompanhante em todo o processo. Quando o profissional de saúde viola esses direitos, ou pratica qualquer ato contra a mulher em sua atividade reprodutiva, estará ele cometendo violência obstétrica, expressa nas seguintes tipificações⁸:

- **caráter físico:** ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor, ou dano físico; (...)
- **caráter psicológico:** toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acusação (...);
- **caráter sexual:** toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva (...);
- **caráter institucional:** ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos (...);
- **caráter material:** ações e condutas ativas e passivas com fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos (...);
- **caráter midiático:** são ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos (p.61-62, grifos dos autores)⁸.

Uma pesquisa pioneira, recentemente realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC) em 2010, resultou no levantamento de dados de âmbito nacional sobre a violência obstétrica²³. Diante dos dados pode-se colocar estas ações

violentas enquanto uma questão de saúde pública ou epidemia nacional: das 2.365 mulheres entrevistadas, 25% responderam já ter sofrido algum tipo de violência; dessas mulheres violentadas, 10% realizaram exames de forma dolorosa; 10% sendo negados ou não oferecidos algum tipo de alívio à dor; 9% ouviram gritos e reclamações por parte dos profissionais durante o parto; 9% não receberam informações sobre algum procedimento realizado em seu corpo; 8% tiveram seu atendimento negado²³.

Cabe ressaltar que o limite de cesáreas recomendado pela Organização Mundial de Saúde²⁴ é de 15% de cesarianas realizadas em uma instituição. Em discordância com o recomendado, no Brasil as taxas chegam entre 80% e 90% em alguns hospitais, em decorrência desse procedimento ser menos trabalhoso para a equipe de saúde e obter mais lucro no serviço particular.

Falta de humanização e violência de caráter psicológico e institucional são práticas de rotina nas instituições de saúde. Contudo, ações que incidam sobre o corpo também têm efeitos psicológicos nas vítimas, como a episiotomia, o único procedimento cirúrgico no Brasil que pode ser realizado sem o consentimento da paciente, embora possa deixar sequelas psicológicas e físicas, como cicatrizes, dor, infecção, deiscência, maior volume de sangramento, dor nas relações sexuais, resultados anatômicos e estéticos insatisfatórios, e complicações no parto.

Parto: reflexões sob a ótica da interseccionalidade do gênero e raça

O gênero é constituído e representado de maneira diferente, segundo a localização dentro de relações de poder. Nossa inserção nessas relações globais de poder se realiza através de uma miríade de processos econômicos, políticos e ideológicos. Dentro dessas estruturas

de relações sociais não existimos simplesmente como mulheres, mas como categorias diferenciadas, tais como “mulheres da classe trabalhadora”, “mulheres camponesas” ou “mulheres imigrantes”. Cada descrição está referida a uma condição social específica. Vidas reais são forjadas a partir de articulações complexas dessas dimensões².

Partiremos da reflexão acerca do parto como conceito analítico, que compreende diferentes mulheres, com vivências, experiências, escolhas particulares e inseridas em processos estruturais e ideológicos mais amplos. A posição da raça/etnia assinala certas comunalidades de resultados sociais. A classe se articula com esses eixos de diferenciação, como o racismo e o heterossexismo no delineamento de formas variáveis de oportunidades de vida para categorias específicas de mulheres. Como as desigualdades de gênero penetram em todas as esferas da vida, as estratégias das mulheres, em especial, as negras, envolvem o enfrentamento da posição subordinada das mulheres, tanto dentro das instituições do Estado quanto da sociedade civil. Nesse sentido, faremos uma análise sobre um olhar interseccional, corroborando com Creshaw:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (p.7)¹⁰.

Direcionando a esse recorte, o parto é vivenciado de forma diferenciada pelas mulheres que experienciam na sua intimidade a reprodução e a gestação de um ser, desenvolvida em

seu corpo, o que se espera socialmente, pois nas relações sociais este é um papel atribuído. Para algumas mulheres, gestação e parto são etapas esperadas da vida, são eventos saudáveis e inerentes ao ciclo reprodutivo feminino. A opção pelo parto revela a afirmação desta compreensão e o desejo de experienciá-lo num ambiente íntimo e acolhedor. Contudo, na realidade de muitas mulheres, este momento torna-se um momento de dor, angústia, medo, violações de direitos, violência e invasão ao seu corpo, como apontam Aguiar e Oliveira, o parto refere-se¹:

Um evento social que integra o rol das experiências humanas mais significativas para os envolvidos. Diferente de outros eventos que requerem assistência hospitalar, o parto é um processo fisiológico normal que requer cuidado e acolhimento. Apesar disso, de acordo com a literatura vigente, esse momento é, várias vezes, permeado pela violência institucional, cometida justamente por aqueles que deveriam ser seus principais cuidadores (p. 80)¹.

No corpo, incidem as estratégias de poder que dão passagem à produção das diferenças, espelhadas na contemporaneidade através da valorização dos símbolos da saúde fisiológica e mental, da beleza, da felicidade e da qualidade de vida, do caminho e desejo de viver a gestação, o parto, nestes corpos em cena. O corpo é o local onde se manifestam os efeitos do poder e, também, território para resisti-los. Suas considerações permitem verificar o modo como as relações de poder moldam e adestram os corpos no mundo moderno¹².

As mulheres, em especial as negras, pela discriminação diária e resistência dos seus corpos invisibilizados, ainda não sabem ao certo em qual direção devem se posicionar para produzir um espetáculo digno e autêntico das dimensões

de seu porvir, em sua intuição, desejo e vontade de transformar-se e transcender-se, frente às óticas daqueles que capturam seus corpos, assim como descrevem as jovens negras¹⁸. A cena dos corpos das mulheres negras se dá pelo tempo que elas realizam seus percursos, itinerários de angústias e enfrentamentos; o parto é um momento em que elas se veem na posição de encarceramento de suas vidas e identidades. Na vida prática do cotidiano duro do labor de seus corpos, as mulheres negras interpretam seu tempo, de modo particular, a partir da classe social e da própria história.

Trazendo o conceito de parto, podemos entender que, para a Medicina, o parto é o estágio resolutivo da gestação, o nascimento do ser que se formou nos meses anteriores. É a expulsão do feto para o mundo exterior, através da via genital, ou pela retirada do bebê por via abdominal¹⁷. Em alguns grupos étnicos, o corpo é sagrado e o ritual do nascimento é visto como simbólico e a mulher é a protagonista dessa ação. Nessa perspectiva, os corpos ganham sentido socialmente, no contexto de uma determinada cultura e, portanto, com as marcas da mesma¹⁵.

Como os processos culturais são dinâmicos, convém lembrar que as instituições dão pouca atenção aos processos de racialização do gênero, classe e sexualidade, que podem ter diferentes significados políticos e culturais em contextos diferentes. Não se pode considerar um significado específico e negar diferenças culturais entre os povos.

O parto é culturalmente visto como uma forma de violência intrínseca, um fenômeno “fisiologicamente patogênico” na vida da mulher; e implicaria sempre em danos, riscos e sofrimentos; seria, portanto, patológico. Assim, é importante discutirmos a abordagem da humanização do parto preconizada pelo Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH)³ do Ministério da Saúde adota uma perspectiva

abrangente de compreensão do termo, integrando várias dimensões, uma vez que entende que a humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção de saúde e de subjetividades autônomas protagonistas; política porque se refere à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do SUS¹¹. A PNH enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

Mesmo com toda essa discussão sobre a humanização, percebe-se que as mulheres negras ainda são as maiores vítimas da discriminação racial e socioeconômica, exames de toque abusivos, agressão física e tortura psicológica. Um exemplo emblemático pode ser encontrado entre os dados do Relatório do Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna e Perinatal do estado do Rio de Janeiro¹⁹, que sinaliza: “embora a mortalidade materna afete mulheres de todas as camadas sociais e econômicas, a razão sobre a mortalidade das mulheres da cor preta sobre as de cor branca é mais do que 7 vezes(...)”. Contradizendo o que assinala o Ministério da Saúde frente à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, evidencia que “não há como negar que persiste ainda hoje, na nossa sociedade, um racismo silencioso e não declarado”⁵. Na relação das mulheres negras com a sociedade, e nesta se insere os aspectos relacionados à saúde/doença, é extremamente relevante situarmos quanto as relações de opressão perpassam todas as dimensões da vida social¹⁸. Nessa perspectiva, as mulheres negras são

inseridas em espaços desvalorizados socialmente, ficando as mesmas em condições restritas de ascensão social e econômica.

Segundo dados da Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres, durante a apresentação do relatório socioeconômico da Mulher, a ministra destacou que os dados anunciam um protagonismo econômico das mulheres em ascensão e a queda da mortalidade materna, ressalta ainda muito preconceito e discriminação em relação às mulheres, em especial as negras. O relatório aponta que as gestantes brancas tinham mais acesso ao atendimento pré-natal, sendo que quase 75% delas tiveram sete ou mais consultas. Entre as gestantes pretas e pardas, apenas 56,4% e 54,8%, respectivamente, tiveram acesso a pelo menos sete consultas, que é o preconizado pelo Ministério da Saúde⁷.

No que diz respeito às desigualdades relativas à mortalidade materna, o Relatório destaca que:

Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentavam percentuais por causas diretas acima da média nacional, 72,1%, 70,3% e 67,2%, respectivamente. Outra desigualdade considerável referia-se à cor ou raça das gestantes ou parturientes falecidas (...). Nesse tocante, pode-se constatar que, no Brasil, os óbitos de mulheres negras correspondiam a mais de 60% das mulheres mortas durante a gravidez e o puerpério, sendo que as mulheres negras representavam quase 52% da população feminina brasileira, destacou a Ministra” (p.27-30)⁷.

Nos espaços de cuidado à saúde, as questões relacionadas à violência institucional e obstétrica mostram sua complexidade na singularidade da vida de cada uma das usuárias do serviço. Entretanto, profissionais da saúde, por meio de suas práticas, são responsáveis por, ora construir

espaços de transformação social, ora por manter a ordem institucional, reproduzindo as desigualdades as quais se interseccionam com a classe social, raça, e etnia na relação de cuidado.

Uma vez que persiste ao longo desses anos nessa população a precocidade dos óbitos, as altas taxas de mortalidade materna e infantil, a maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como os altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra. Portanto, é dentro da perspectiva de promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, a discriminação e o enfrentamento ao racismo e sexíssimo nas instituições e serviços.

Considerações Finais

O significado de ser mulher – biológica, social, cultural e psiquicamente – é considerado uma variável histórica, daquelas perspectivas materialistas que priorizam a classe, negligenciam as consequências sociais da divisão sexual do trabalho, privilegiam as heterossexualidades e dedicam escassa atenção aos mecanismos sociais que impedem as mulheres de atingir igualdade econômica, política e social.

Entendemos que o enfrentamento da problemática do corpo, parto, gênero, raça/etnia implicam o envolvimento e desenvolvimento de diferentes atores sociais, e articulação políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades da sociedade como um todo, visto que também não há uma compreensão da natureza humana e de sua relação direta com o meio através da sexualidade. Na perspectiva da equidade, é emergente a necessidade que incorpore ações específicas para assistência das mulheres negras, quilombolas, índias e seus recém-nascidos, uma vez que o fisiológico está subordinado ao simbólico social e, a corporeidade,

é socialmente construída. No processo de construção identitária destas populações ficam à margem em todos os aspectos, principalmente no quesito saúde reprodutiva aqui abordado. De fato, é importante desvelar quanto as discriminações raciais e sociais afetam a saúde mental das mulheres, conseqüentemente, podemos perceber um aumento da quantidade e da qualidade das informações relativas à saúde das mulheres negras em todos os aspectos.

Referências

1. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina de São Paulo; 2010.
2. Brah A. Diferença, Diversidade, Diferenciação. Cad Pagu. 2006; 26:329-376.
3. Brasil. Programa de Humanização do Parto – Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000.
4. Brasil. Ministério da saúde. Programa de Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza-SUS: política nacional de humanização: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
7. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Relatório Anual Socioeconômico da Mulher. 1. ed. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2015. 181p. [acesso em: 16 ago 2016]. Disponível em: http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/livro-raseam_completo.pdf
8. Brasil. Rede pela Maternidade Ativa. Comissão Parlamentar de Inquérito de Violência contra a Mulher. Dossiê da Violência Obstétrica. Parto Princípio. “Parirás com dor”. 2012.

9. Brenes, AC. História da obstetrícia no Brasil: o fracasso da Escola de Obstetrícia para Mulheres, no Rio de Janeiro, 1832. *Rev Méd Minas Gerais*. 2008; 18(2):141-147. [acesso em: 16 ago 2016]. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/14/13>
10. Crenshaw K. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. *Rev Estud Fem*. 2002; 10(1):171-188.
11. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saúde Colet*. 2005; 10(3):627-637.
12. Foucault M. *Microfísica do Poder*. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2000.
13. Gonzalez L. Racismo e sexíssimo na cultura brasileira. *Ciências Sociais Hoje*. 1983; 2:223-244.
14. Hooks B. Intelectuais negras. *Rev Est Fem*. 1995; 3(2):464-479.
15. Louro GL. Organizadora. *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica; 2000.
16. Marcondes MM, Pinheiro L, Queiroz C, Querino AC, Valverde D. (Organizadores). *Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil*. Brasília : IPEA, 2013. 160 p.
17. Montenegro CAB; Rezende J. *Obstetrícia fundamental*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. 607p.
18. Oliveira RJ, Souza RM. Corpos em cena nas metrópoles globais: meninas negras, processos de subjetivação e cinema. *Revista da ABPN*. 2014; 7(15):175-192.
19. Rio de Janeiro. *Relatório do Comitê Estadual de Morte Materna*. Rio de Janeiro; 2007.
20. Scott JW. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica". *Educ Real*. 1995; 20(2):71-99.
21. Sousa NS. *Torna-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1983.
22. Thébaud F. A medicalização do parto e suas consequências: O exemplo da França no período entre as duas guerras. *Rev Est Fem*. 2002. 10(2):415-427. [acesso em: 16 ago 2016]. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9607>
23. Venturi G, Recamán M, Oliveira S. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. 1. ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004.
24. World Health Organization. *WHO statement on caesarean section rates*. Genebra; Apr 2015. [acesso em: 16 ago 2016]. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/