



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

**Eixo temático: Serviço Social, relações de exploração/opressão e resistências de gênero,  
feminismos, raça/etnia, sexualidades**

**Sub-eixo: Relações Patriarcais de gênero, sexualidade, raça e etnia**

## **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM RESGATE HISTÓRICO**

**MARIANA DE ASSIS SILVA<sup>1</sup>**

**YASMIN ALVES CUSTÓDIO<sup>2</sup>**

### **RESUMO**

O presente trabalho traz um resgate histórico de como se deu o processo de hospitalização dos partos e como esse processo afetou o bem-estar das mulheres. Identificando o que é violência obstétrica e quais as suas facetas, desde o distanciamento da parturiente com a sua família ao número excessivo de cesáreas e como esse processo ocasionou na supressão da autonomia das mulheres e no seu poder de escolhas.

**Palavras-chave:** violência obstétrica; parturiente; acompanhante; humanização.

### **ABSTRACT**

The present work provides a historical overview of how the process of hospitalization for births took place and how this process affected women's well-being. Identifying what obstetric violence is and what its facets are, from the distance between the parturient woman and her family to the excessive number of cesarean sections and how this process resulted in the suppression of women's autonomy and their power to make choices.

**Keywords:** Obstetric violence; parturient; companion; humanization.

## **INTRODUÇÃO**

Este artigo tem como objetivo fazer um resgate do contexto histórico da violência obstétrica e discutir sobre quais mulheres estão mais propensas a enfrentar esse tipo de violência. De

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Alagoas

<sup>2</sup> Universidade Federal de Alagoas



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência obstétrica é considerada uma violação dos direitos humanos, semelhante a qualquer tratamento que viole a integridade e autonomia das mulheres sobre o seu próprio corpo, abrangendo violência verbal, psicológica ou sexual, o uso de intervenções desnecessárias e sem a autorização da gestante ou parturiente, acesso negado ao pré-natal, assim como a proibição da entrada do acompanhante no parto. Deste modo, a violência obstétrica pode ocorrer durante o período de gravidez, trabalho de parto e/ou pós-parto. Outrossim, é reconhecido a violência obstétrica a gestantes em processo de abortamento, seja ele espontâneo ou provocado, em situações em que o profissional da saúde insensivelmente começa a tratar a gestante como paciente isolada, negligenciando a sua maternidade ou introduzindo ideais/valores/princípios individuais durante o atendimento, de modo que julgue a moral das mulheres por ter optado pela interrupção.

A gravidez é um momento único e diversas vezes romantizado pela maioria das mulheres. O momento do trabalho de parto, apesar de muitas vezes temido, é tão idealizado quanto todos os outros períodos. Sendo assim, as consequências mentais e físicas para as puérperas vítimas de violência podem apresentar várias facetas a longo prazo, entre uma das mais comuns, a depressão pós-parto. É válido ressaltar que devido à falta de acesso a informações muitas mulheres não se percebem vítimas no instante em que sofrem a violência, outras até percebem a violência mas estão tão fragilizadas no processo que não conseguem questionar, criticar e até denunciar a violência obstétrica. Além disso, o termo “violência” ainda é majoritariamente associado a violência física e/ou sexual. Porém, existem maneiras silenciosas para cometer tal ato, por meio de comentários depreciativos, minimização de queixas relatados pelas mulheres e intimidações. Dessa forma, o conhecimento da gestante em relação a essa temática é de suma relevância para que ela possa adquirir propriedade sobre os seus direitos, facilitando a identificação de possíveis atos de caráter abusivo e para buscar maneiras de se prevenir de tal experiência.

A Câmara Legislativa do Governo Federal prorrogou no dia 28 de fevereiro de 2024 a Lei nº 7.461 (BRASIL, 2024) que estabelece diretrizes para prevenir e combater a violência obstétrica, com o objetivo de garantir que todas as mulheres tenham direito a um parto digno e uma gestação respeitosa.

Além disso, conforme o parágrafo único do Artigo 5º da Lei 7.461/2024, “Qualquer profissional de saúde que viole esta Lei está sujeito a penalidades, que podem incluir advertência, multa, suspensão do exercício profissional ou cassação do registro profissional”. Ademais, a

violência obstétrica pode ocorrer tanto em partos normais, quanto em cesarianas. Por isso, a preparação e o suporte da família e profissionais da saúde se tornam essenciais durante o acontecimento do parto.

### 1.1 Processo de hospitalização dos partos

De acordo com Vendrúscolo e Kruehl (2015), o parto ao longo da humanidade passou por fortes transformações, deixando de ser nas residências das gestantes, na qual eram realizados por parteiras e não utilizavam do uso da medicação, para feitos em hospital, realizados por médicos/as que utilizam-se da medicação; deixando assim, o que era considerado um evento natural, passando a ser um evento regrado. Em muitos casos, o que era para ser um momento especial entre mãe e bebê, passa a ser um momento de tortura para algumas mulheres, pois esta, ao perder a sua autonomia durante o processo de hospitalização dos partos, perde também o controle sobre o seu corpo, virando assim, mero objeto. “Devido a tantas transformações que foram desenvolvidas para melhor atender a equipe de saúde e a gestante, a parturiente passou de sujeito a objeto, ou seja, uma pessoa que pouco ou nada decide a respeito de como o parto será conduzido” (Vendrúscolo e Kruehl 2015, p. 96).

As parteiras até o século XVII desenvolviam um papel fundamental na sociedade. O primeiro registro de parteiras na história da humanidade, segundo Costa (2002), foi na época que os hebreus estiveram aprisionados no Egito, sendo chamadas de *meyaledeth*. Em Êxodo, descreve não só a importância do papel das parteiras na civilização, mas também, como elas possuíam um título de renome.

Falou o rei do Egito às parteiras das hebréias, das quais uma se chamava Sifrá e a outra Puá, dizendo: Quando ajudardes no parto as hebréias, e as virdeis sobre os assentos, se for filho, matá-lo-eis; mas se for filha, viverá. As parteiras, porém, temeram a Deus e não fizeram como o rei do Egito lhes ordenara, antes conservavam os meninos com vida. Pelo que o rei mandou chamar as parteiras e as interrogou: Por que tendes feito isto e guardado os meninos com vida? Responderam as parteiras ao Faraó: É que as mulheres hebréias não são como as egípcias; pois são vigorosas, e já têm dado à luz antes que a parteira chegue a elas. Portanto Deus fez bem às parteiras. E o povo se aumentou, e se fortaleceu muito. Também aconteceu que, como as parteiras temeram a Deus, ele lhes estabeleceu as casas. Então ordenou o faraó a todo seu povo dizendo: A todos os filhos que nascerem

lançareis no rio, mas a todas as filhas guardareis com vida (ÊXODO, capítulo I; *apud* Costa, 2002).

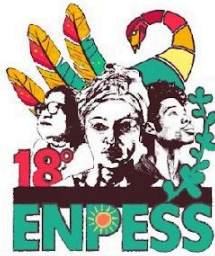
Outro ponto a ser considerado é que culturalmente os partos eram assistidos exclusivamente por mulheres, sejam elas parentes ou amigas. A presença de uma outra pessoa no quarto, além da parteira, era indispensável, além de ser considerado um assunto exclusivamente feminino (Helman, 2003; *apud* Ventrúscolo; Krueel, 2015, p. 97). Entretanto, o risco do bebê ou da mãe ou até mesmo ambos morrerem no hora do parto com complicações, era muito alto, por mais que a parteira tivesse muita experiência, algumas questões médicas estavam além de suas capacidades técnicas, e era nesses momentos que os médicos, na época majoritariamente homens, eram chamados para tentar salvar a vida da mãe e do bebê.

Ao longo dos anos a utilização de médicos em vez de parteiras para a realização dos partos tornou-se cada vez mais comum. Com isso o processo de hospitalização teve início nos séculos XVII e XVIII.

Cabe dizer que um dos fatores que contribuiu para o desgaste do papel da parteira e o aceleração da legitimação do médico com formação foi o período das caças às bruxas, ocorrido entre os séculos XIV e XVII, as parteiras causaram incômodo e afronta às autoridades da época por terem uma assistência intervencionista, uma vez que davam conselhos e amenizavam a dor do parto numa época em que se acreditava que a mulher deveria sofrer a expiação do pecado original (SPINK, 2013; *apud* Ventrúscolo; Krueel, 2015, p. 98).

Segundo Costa (2002), essa visão misógina que as mulheres têm que sofrer durante o parto, com a justificativa que estão expelindo o pecado original, se refere ao momento em que Eva, a primeira mulher criada, é expulsa do paraíso ao comer o fruto proibido. E o castigo de Deus para as mulheres seria sofrer na hora do parto uma dor imensurável. O autor cita que essa visão cria forças principalmente na queda do império romano, em que há a ascensão do poder da igreja católica na idade média.

Por um lado, o processo de hospitalização dos partos foi um grande avanço na saúde das mulheres, tendo em vista que atualmente as tecnologias e os profissionais estão mais especializados para atender a parturiente, além de que, em casos de gravidez de risco a taxa de mortalidade, tanto da mãe quanto do bebê, diminuiu significativamente. Por outro lado, a violência



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

a qual as mulheres são submetidas é gritante, pois não é somente tirada a sua autonomia, mas também seus direitos e a sua privacidade.

Com o parto sendo realizado no ambiente hospitalar, a mulher perde a autonomia, inclusive, da escolha da melhor posição de parir, uma vez que passa a ser ditada também a posição em que as mulheres deveriam parir, elas teriam que ficar em posição de litotomia, para ser mais confortável ao médico na utilização de seus instrumentos (Cordeiro; Sabatino, 1997; HASSEN, 1998; *apud* Vendruscolo; Kruehl, 2015, p. 98).

De acordo com Diniz (2001, OMS, 1996; *apud* Vendruscolo; Kruehl, 2015, p. 98), o distanciamento que a parturiente e a sua família estão sujeitos a sofrer, é devido ao fato de que a estrutura tanto física dos hospitais, quanto relacionado ao seu funcionamento, foram planejados para atender os profissionais de saúde e não para ampará-la. Além do mais, com a institucionalização, se perde não somente o ambiente acolhedor, mas a rede de apoio que amparava aquelas mulheres. Todo esse processo de hospitalização coaduna o aumento dos partos cesáreos, como veremos a seguir.

## 1.2 O excesso de cesarianas no Brasil

A cesariana é uma cirurgia complexa que inicialmente surgiu como forma de solução em casos de contratempos em partos de emergência para salvar a vida da mãe e do bebê. Com o decorrer dos anos, essa forma de “parto” vem sendo cada vez mais frequente no Brasil, se tornando excessiva. Conforme os índices da Organização Mundial da Saúde (1985) a taxa ideal de cesarianas deve estar entre 10 e 15%. Atualmente, o Brasil é o segundo país no ranking de cesáreas no mundo, ficando atrás apenas da República Dominicana.

Deste modo, o parto que deveria se tratar de uma experiência natural transforma-se em um evento médico, fazendo com que a participação ativa da parturiente seja anulada, assumindo a condição apenas de paciente (objeto do processo). Assim, “O uso abusivo de cesarianas no Brasil tem contribuído para a desumanização da assistência, além de acarretar o aumento da mortalidade e morbidade materna e perinatal sem mencionar o desperdício dos escassos recursos do setor da saúde” (Faundes, 1991, *apud*, Matei *et al*, 2003, p.17)

Em muitos casos a cesariana é marcada de maneira precoce no decorrer das primeiras consultas pré-natal, inúmeras vezes por razões de conveniência ou interesse do próprio médico



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

em lucrar às custas da cirurgia, no qual não apresenta justificativas argumentadas em bases científicas para utilizar essa especialidade de parto com a gestante. Estas ocorrências se configuram como um agravante para os índices de mortalidade de mulheres e morbidade perinatal. A naturalização desse fato pode estar supostamente associada a cega confiança cultural (poder do médico) que é depositada pela sociedade em profissionais da área da saúde, essa circunstância acarreta na perda da autonomia das mulheres em relação às suas escolhas.

“Se a clientela de um médico cresce demais, então uma cesárea com dia e hora marcados fica ainda mais conveniente, especialmente se dois ou mais casos podem ser "resolvidos" juntos. Às mulheres é oferecida a conveniência de não experimentar sequer uma contração dolorosa, de decidir a data do parto e todos os detalhes práticos que podem ser providenciados, quando se sabe com antecedência o dia exato em que a criança irá nascer”. (Faundes, 1991, p.157)

O parto normal tem a tendência de aterrorizar muitas mulheres, seja através de relatos de outras mulheres que já passaram pelas contrações do trabalho de parto ou devido à cultura social que promove a ideia do parto cesariana ser indolor, rápido e mais prático. O que é uma falácia porque a recuperação do parto normal é bem mais rápido do que uma cesariana. Desse modo, como citado por Faundes (1991), diversas gestantes se deslumbram com o planejamento excessivo que gera a sensação de controle em saber o dia que ocorrerá o parto. Além disso, na atual conjuntura a vaidade também interfere na escolha do parto cesariana, pois diversas gestantes se agradam em contratar fotógrafos e maquiadores para fazer registros no dia do seu parto, o transformando em uma experiência menos fisiológica e mais midiática. Onde, devido ao parto normal ser um processo mais lento e com imprecisão de data, não abarcaria a mesma experiência do cenário preciso da cesariana.

## 2.1 Parto humanizado

Para Largura (2006, p.8) “Humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas, biológicas e sociais”. O parto humanizado se torna possível a partir do instante em que a gestante se estabelece como protagonista do seu parto, possuindo todas as informações sobre esse processo que necessitam ser transmitidas desde o pré-natal até o pós-parto para que as mulheres possam ter a autonomia de tomar decisões ativas relacionadas ao seu corpo e a saúde do seu bebê. Além do mais, é



importante que a parturiente não tenha limitações em escolher a posição ideal para o seu conforto, estando na presença de familiares e sendo assistida pelos profissionais da saúde que utilizem abordagens respeitosas e humanizadas, tornando a experiência do nascimento do seu filho um momento singular.

No livro “A assistência de Parto no Brasil”, a autora Marília Largura (2006) faz um resgate histórico da época em que os partos eram realizados em domicílio, assistidos por uma parteira, onde o nascimento dependia exclusivamente do fisiológico. Atualmente, essa prática é pouco utilizada e considerada pela sociedade de forma que a autora descreve como “loucura”. Porém, embora esse não fosse o termo usado, a função da doula<sup>3</sup> se faz presente até os dias de hoje sendo resgatada como uma profissão regulamentada no Brasil. Para as gestantes a doula é fundamental na busca de um parto mais humanizado, sendo a profissional com profundo conhecimento na área, será ela que acompanhará durante toda a gestação, trabalho de parto e pós-parto. É importante frisar que a presença da doula não substitui a do acompanhante escolhido pela gestante.

Ademais, segundo o parágrafo 4º do Projeto de Lei nº77 (BRASIL, 2022) “É vedado às doulas utilizar ou manusear equipamentos médico-assistenciais, realizar procedimentos médicos ou de enfermagem, administrar medicamentos, bem como interferir nos procedimentos técnicos dos profissionais de saúde”. Sendo assim, embora não utilizem procedimentos que se definem como intervenções médicas, o papel da doula é trabalhar em conjunto com a equipe obstétrica para garantir o bem-estar da gestante. Além disso, a doula tem como função preparar a gestante para a etapa do parto, fornecer suporte emocional e informar medidas não farmacológicas para aliviar dores.

O método como a parturiente psicologicamente lida com a dor é de extrema importância para funcionalidade de um parto humanizado bem-sucedido. Para Largura (2006, p.102) “Se dar a liberdade de emitir sons durante o trabalho de parto é um excelente exemplo de uma resposta à dor que transforma a experiência”, de maneira que muitas mulheres chegam a optar por recusar o uso de analgesia, se permitindo a vivência natural do parto normal. Um impasse para a parturiente na hora da dor é o receio de ser julgada ou ter a sua dor minimizada, a paciência dos profissionais da saúde em esperar o tempo fisiológico da mulher é crucial para o encorajamento da parturiente e aceleração do processo do parto. É importante falar que o serviço de doulas não é ofertado em

---

<sup>3</sup> Doula: Pessoa que auxilia uma mulher durante sua gravidez, seu parto e após o nascimento do seu bebê, providenciando apoio físico, emocional, além de disponibilizar informações sobre o processo de gestação.



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

todas as maternidades públicas, ficando para as mulheres a opção de escolher se acionará uma doula ou não. E desta forma, também recai sobre as mulheres os custos com os serviços destas profissionais, que limita diretamente a população pobre de acionar esse serviço.

## **2.2 Como raça, classe social e outras formas de vulnerabilidade social aumentam o risco de violência obstétrica**

Conforme o Art. 2 parágrafo I, da Lei Nº 7.461, de 28 de Fevereiro de 2024; É considerado violência obstétrica todo ato que cause sofrimento físico ou psicológico, dor e constrangimento à mulher, seja no momento do parto ou do pré natal; A recusa do atendimento pelo profissional de saúde, bem com a realização de procedimentos desnecessários e o uso abusivo de medicamentos na hora do parto, entre outros, também são considerados violência obstétrica. Além do mais, a postura autoritária adotada por alguns profissionais de saúde, contribuem para que esse momento especial vire um verdadeiro filme de terror para a parturiente.

Segundo Lima; Pimentel e Lyra (2021), a hierarquização existente na relação médico e paciente, consiste no espaço privilegiado que o conhecimento formal e técnico ocupa, criando assim uma interação assimétrica e verticalizada, sendo modulados pelo saber e o poder, criando dessa maneira uma desigualdade na relação. Os autores ainda citam que essa interação assimétrica é ainda maior se for adicionado outros marcadores sociais, como raça e classe; “Nesses encontros, quando “o paciente” é uma mulher negra, tal assimetria é reforçada não apenas pelos mecanismos de opressão de gênero, mas pela raça.” (Lima, Pimentel e Lyra, 2021, p. 4913).

Ademais, o silenciamento e a repressão, presente na hora do parto, ocasionada por profissionais de saúde, são justificados pelo pensamento misógino, em que, em momentos precedentes a gravidez, a mulher desfrutou-se do prazer sexual e por isso deveria sofrer na hora do parto. Esse pensamento se torna pior, ao lembrar que tal ato é intensificados às mulheres negras, devido ao racismo estrutural; Sendo fundamentado que as mulheres negras “aguentam mais a dor”, a discriminação vai desde comentários agressivos como por exemplo “na hora de fazer, não doeu”, á recusa da disponibilização dos medicamentos para aliviar a dor.

Nas desigualdades de raça/cor, segundo estudo de Leal e colaboradores, as mulheres pardas e pretas, quando comparadas às brancas, têm menores chances de serem submetidas ao corte vaginal. Contudo, quando esse procedimento é realizado, as pretas recebem menos anestesia local. Imagina-se que tais resultados expressam os estigmas



que reforçam uma construção da mulher negra “parideira”, o que dispensaria a “necessidade” de um corte, e da mulher negra “forte”, mais resistente a dor (Lima, Pimentel e Lyra, 2021, p. 4915).

Para Alvarez; Gonzaga e Aguiar (2024) há vários fatores que corroboram para que as mulheres negras sejam, em sua grande maioria, vítimas de violência obstétrica; De acordo com as autoras, as mulheres negras estão inseridas em um plano de hercúlea desigualdade, ou seja, tal desigualdade está tão enraizada na sociedade colonizada que a sua superação se torna muito difícil. Além do mais, as autoras citam, que os tipos de violência obstétrica se distinguem entre as mulheres brancas e negras.

No caso destas, comumente vindas de uma classe social mais abastada, verifica-se o uso mais frequente do serviço privado de saúde. Nele, as mulheres brancas estariam mais sujeitas à ocorrência de violência obstétrica pela realização de cesarianas desnecessárias e o uso de ocitocina, um hormônio destinado à promoção de contrações uterinas (Alvarez; Gonzaga e Aguiar, 2024, p. 199).

Outrossim, diversos elementos contribuem para que a violência obstétrica seja mais intensa nas mulheres negras. A questão do acesso à educação é um destes fatores, uma vez que, as mulheres negras estão propensas a uma maior evasão escolar, devido ao status social e econômico serem inferiores, se comparados com as mulheres brancas. Conforme Lima (2016), as mulheres negras fazem parte do grupo de maior pobreza e o de extrema pobreza, diante disso, muitas optam por abandonar a escolaridade para trabalhar, tendo por objetivo a sua sobrevivência, aumentando assim a taxa de analfabetismo; Além disso, essas mulheres são, em sua grande maioria, chefes de família e mães solas, que moram em bairros periféricos sem saneamento básico.

Diante disso, as mulheres negras acabam sendo mais propensas a violência obstétrica, pois muitas não têm o acesso aos serviços de saúde; E quando tem, carece de qualidade. Em contrapartida, a solidão está muito presente na vida dessas mulheres; Segundo Souza (2008; *apud* Lima, 2016), muitos homens negros preferem se relacionar com mulheres brancas, com a justificativa utilizada pela autora de “escamoteamento de seu padrão fenótipo”, que em outras palavras, essa relação do homem negro com a mulher branca seria uma tentativa de esconder suas características e “enbraquecer” a sua linhagem, deixando de lado a mulher negra. Seguindo



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

o “mito da democracia racial” propagada fortemente no Brasil e seguindo a política do branqueamento como foi imposto em nosso país.

Tal assertiva, sinaliza para uma realidade empírica de que no Brasil, as relações afetivas são marcadas por uma valorização dos caracteres brancos, em detrimentos dos negros. Associado a um quadro socioeconômico desvantajoso, a solidão vivenciada pelas mulheres negras, advindas do preterimento, torna-as extremamente vulneráveis a todo tipo de agravos e distúrbios que levam ao adoecimento físico e mental, também no pós-parto (Lima, 2016, p. 17).

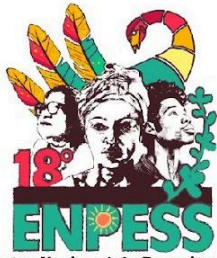
Diante disso, ao analisar a violência obstétrica não se pode analisar separadamente as questões de gênero, raça e classe, pois elas estão interligadas e se sobrepõem. Ademais, para Lima; Pimentel e Lyra (2021), a violência obstétrica ainda é uma realidade em ascensão devido ao modelo institucionalizado de assistência intervencionista e medicalizado, na qual reforça as opressões e hierarquias ocasionadas pelo gênero, raça e classe.

Por outro lado, Lima (2016) vai dizer que a violência obstétrica está localizada entre a violência institucional e a violência de gênero, pois na medida que ela é praticada, impactando a integridade física e psicologia das mulheres, intensifica a naturalização da sua subordinação. Para a autora isso leva a compreender “[...] que a violência obstétrica não é consequência de um modelo biomédico, mecanicista e hegemônico, mas constitutivo dele.” (Lima, 2016, p. 19).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, os aspectos abordados no referido trabalho fazem menção ao processo de hospitalização dos partos e como esse processo ocasionou na destituição da autonomia das mulheres e de sua privacidade, desde o poder de escolha do local da realização do parto, a decisão da presença do acompanhante; Intensificando assim a violência obstétrica. Em vista disso, cabe frisar o movimento de humanização dos partos, na qual foi promulgado pelo Ministério da Saúde.

A humanização do parto traz de volta, significativamente, a autonomia das mulheres, que ao longo das décadas foi sendo perdida; dando lugar a uma interação verticalizada pelos profissionais de saúde e pacientes. Além disso, como foi mencionado, até o século XVII, o parto tinha um caráter mais humanista, sendo considerado um evento natural e de assunto das mulheres. Com o processo de hospitalização, o parto passa a ser um evento regado e autoritário,



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

que corrobora com o processo da medicalização do parto, em que o corpo da mulher é visto como um objeto, transformando assim um momento especial em um filme de terror para muitas parturientes.

Ademais, é pertinente o destaque ao perfil das mulheres que estão mais propensas a sofrer violência obstétrica, que tem como agravante raça e classe social, sendo dessa forma, as mulheres negras as mais vulneráveis a tal violência. Outrossim, o pensamento misógino imposto pela sociedade que as mulheres negras são mais resistentes ao sofrimento, é potencializado devido ao racismo estrutural e a desigualdade social que a sociedade colonizada impõe ao corpo dessas mulheres.

Em síntese, a problemática da violência obstétrica que acarreta o estigma do excesso de partos cesarianas no Brasil, se revela como uma questão relevante de saúde pública que exerce um impacto substancial na vida das mulheres e de seus filhos, a ser um objeto de debate crescente e contínuo. Ademais, o parto humanizado como um direito constitucional deve ser efetivado de maneira coerente na prática pelos profissionais da saúde durante o período da gravidez, trabalho de parto e/ou pós-parto.

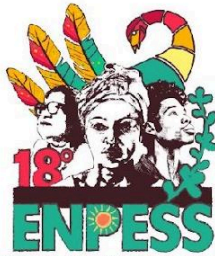
## REFERÊNCIAS:

ALVAREZ, Thais Simighini; DE AZEVEDO GONZAGA, Álvaro Luiz Travassos; AGUIAR, Gisele Pereira. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, UMA QUESTÃO DE GÊNERO E RAÇA. **Revista Em Favor de Igualdade Racial**, v. 7, n. 2, p. 192-204, 2024.

BRASIL. Projeto de Lei n. 77/2022. Regulamenta o exercício da profissão de doula. Senado Federal. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br> Acesso em 23 de julho de 2024.

COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. **Memórias de parteiras: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar**. 2002. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

FAUNDES, A. & CECATTI, J. G., 1991. **A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, n.2, p.150-173, abril/junho. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em 19 de junho de 2024.



Encontro Nacional de Pesquisadoras  
e Pesquisadores em Serviço Social

10 a 14 de dezembro de 2024  
ISSN 2965-2499

Relações de classe e raça-etnia:  
desafios a uma formação profissional  
emancipatória no Serviço Social

Governo do Estado de Mato Grosso. **Violência Obstétrica**. Mato Grosso: Secretaria do Estado de Saúde. Disponível em: <https://saude.ms.gov.br> Acesso em 17 de junho de 2024.

LARGURA, Marília. **A assistência ao parto no Brasil**. São Paulo, 2006. 180p.

Lei nº 7.461, 28 de fevereiro de 2024. **Dispõe sobre as diretrizes para prevenir e combater a violência obstétrica**. *Câmara Legislativa do Distrito Federal*. Disponível em: <https://legislacao.cl.df.gov.br> Acesso em 17 de junho de 2024.

LIMA, Kelly Diogo de et al. **Raça e violência obstétrica no Brasil**. 2016.

LIMA, Kelly Diogo de; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza Maciel. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4909-4918, 2021.

MATEI, E. et al (2003) **Parto Humanizado: Um direito a ser respeitado**. Centro Universitário S. Camilo, São Paulo, v.9,n.2. p 16-26. Disponível em : <http://bvsmms.saude.gov.br> Acesso em 18 de julho de 2024.

Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesariana. Disponível em: <https://www.who.int/pt/home/search-results?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=cesarianas&wordsMode=AnyWord> Acesso em 23 de julho de 2024.

**Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)** DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. Editora UNESP, 2004. 179p.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas**, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.