

A violência obstétrica como dispositivo de imposição de normas de gênero, raça e classe¹

Ruhana França (UnB/DF)²

Resumo: Tendo como base teórica a discussão sobre medicalização e formação obstétrica, nesse artigo, a violência obstétrica é apresentada como um dispositivo disciplinar de imposição das normas de gênero, raça e classe. Ao apresentar o caso da violência no parto, politizada e disputada nos últimos anos por meio da categoria de “violência obstétrica”, apresento a face produtiva dessa violência, ou seja, sua capacidade de criar e consolidar identidades, hierarquias e estruturas sociais. Por ser imposta de forma diferenciada, a violência obstétrica é um importante marcador dos limites da feminilidade. Suas duas faces, negligência e controle, são instrumento de reforço de desigualdade entre mulheres brancas, percebidas como frágeis e dependentes de cuidado, e mulheres negras e pobres, que têm sua imagem atrelada à resistência e capacidade de suportar a dor.

Palavras-chave: violência obstétrica; racismo obstétrico; medicalização.

Introdução

Pesquisas sobre as formas de violência na gestação e no parto mostram que os abusos e violações acontecem de forma diferenciada, variando conforme os marcadores raciais, étnicos e sociais. Enquanto o excesso de intervenções, a ausência da possibilidade de decidir sobre os procedimentos do parto e o alto número de cesarianas desnecessárias compõem parte importante do problema, existe um outro aspecto, que aparece como contraponto desse cenário interventivo e impositivo: a negligência e o descaso.

A formação em medicina e, em especial, o curso de obstetrícia, tem a ideia de controle médico e o uso de tecnologias como sinônimo de bom atendimento, motivo pelo qual propostas relacionadas à desmedicalização são percebidas como retrocesso e precariedade na assistência ao parto. Assim, encarar o problema da violência no parto, politizada por meio da categoria de “violência obstétrica”, envolve a compreensão de que o tipo de violência infligido é um marcador importante da diferenciação entre corpos percebidos como merecedores ou não de cuidado. Recuperando trabalhos sobre medicalização, formação obstétrica e violência no ciclo gravídico-puerperal, argumento que as duas faces da violência obstétrica, negligência e controle, são recursos de manutenção da ordem de gênero, raça e

¹ Trabalho apresentado na 35ª Reunião Brasileira de Antropologia (2026).

² Doutoranda em Ciência Política (Programa de Pós-Graduação em Ciência Política – UnB).

classe, que constrói mulheres brancas como frágeis e dependentes e mulheres negras e pobres como resistentes, fortes e mais capazes de suportar a dor.

Para isso, divido o artigo em três tópicos. No primeiro, revisito a discussão sobre a consolidação da medicina no mundo moderno. O saber ginecológico e obstétrico dependeu, em grande medida, da exploração e objetificação do corpo de mulheres negras escravizadas e a depreciação de outras formas de cuidado e assistência aos doentes também foi uma estratégia para garantir a posição de destaque dos profissionais médicos no campo da saúde.

No segundo tópico, exploro a noção de “drama médico”, mostrando a formação obstétrica como um rito de passagem em práticas de injustiça reprodutiva, visto que implica na interiorização de uma racionalidade em que as mulheres gestantes são reconstruídas sob o papel de “pacientes” e, portanto, objetos da intervenção e do controle médico.

Finalmente, no terceiro tópico, argumento que a visão do atendimento obstétrico como um drama médico contribui para a ocorrência da violência obstétrica, já que os médicos esperam que as mulheres se comportem com obediência e passividade, de acordo com o papel de paciente. A violência, nesse contexto, aparece como um dispositivo disciplinar que vai desde o reforço da autoridade médica por meio da imposição e do controle desse profissional até práticas de negligência e completa omissão. Argumento, então, que as diversas formas de violência, e sua constante ameaça, aparecem como forma de disciplinar as mulheres, reiterando noções racistas de resistência e capacidade de suportar a dor e destinando às mulheres brancas a posição limitante de fraqueza e fragilidade. A conclusão, retoma o que foi exposto nos tópicos anteriores, apontando para os limites do ideal de feminilidade que, ao mesmo tempo em que cerceia as escolhas e experiências das mulheres, exclui parte delas da possibilidade de cuidado e assistência dignos.

I. Medicalização e racionalidade obstétrica

O saber médico se organiza como um conjunto de técnicas, práticas e intervenções a partir dos fins do século XVIII, no contexto de emergência da sociedade capitalista (Vieira, 2002). A partir do século XIX a prática médica se torna cada vez mais legitimada enquanto um saber científico e uma prática social, onde esses dois aspectos se relacionam e se significam mutuamente. Com a crescente urbanização e a necessidade de regulação de nascimentos, controle da demografia e higiene nos espaços urbanos, amplia-se o escopo de

poder e normatividade médica, e a medicina passa a funcionar como uma estratégia política disciplinar em que a sexualidade e a reprodução ganham destaque (Foucault, 1982). Essa transformação faz com que fenômenos que anteriormente escapavam da gramática médica se tornem, então, objetos de definição, intervenção e manejo da medicina, como bem explica o conceito de medicalização, surgido no final da década de 1960 no campo da sociologia da saúde (Zola, 1972; Conrad, 1992).

A medicalização implica em uma mudança de valores: a valorização das tecnologias médicas faz com que intervenções e respostas oferecidas pelos profissionais da medicina sejam vistas como superiores, desejáveis, mais eficientes e, por fim, inquestionáveis (Sens; Stamm, 2019). Ao mesmo tempo, o processo medicalizante transforma os sujeitos em objetos passivos de cuidado e vigilância, retirando a condição autônoma das pessoas de gerenciarem diferentes aspectos de suas vidas e decidirem por si (Szaz, 2007; Gaudenzi; Ortega, 2012). Ivan Illich (1975) chama de iatrogênese social o efeito de dependência que faz com que as pessoas se tornem reféns das prescrições médicas e abdicuem da responsabilidade de atuarem sobre si, ao se transformarem de “sujeitos” em “pacientes”. A discussão sobre o processo medicalizante, portanto, traz atenção para a força produtiva do saber-poder médico adestrando o corpo humano e as subjetividades com a expansão da medicina moderna.

No caso específico da ginecologia, a antropologia da saúde mostra que essa disciplina, já em seu desenvolvimento no início do século XIX, progride sob a lógica de que o corpo feminino exige atenção e controle constantes por ser entendido como um corpo mais “propício a perturbações e desordem” (Rohden, 2001, p. 72). A antropóloga Fabíola Rohden (2001) argumenta que o conhecimento sobre ginecologia passa a ser construído com base na noção de distinção entre mulheres e homens, apontando para uma maior necessidade de associar o controle médico à mulher, e resultando em uma maior medicalização do corpo feminino com relação ao corpo masculino.

Além disso, à serviço das nações colonizadoras, grande parte do conhecimento em ginecologia se desenvolveu a partir da exploração dos corpos de mulheres negras escravizadas. Utilizadas como cobaias em países coloniais, a função reprodutiva dessas mulheres era vista como fonte de lucro e, portanto, eram submetidas a procedimentos e técnicas visando a continuidade reprodutiva (Owens, 2018). Essa exploração contribuiu inclusive para a consolidação da negritude como marca do universo natural/animal, e a percepção do corpo branco como propriamente humano, contribuindo para a naturalização da

exploração dos corpos negros e de seu trabalho (Federici, 2017), e para sua exclusão do contrato social no mundo capitalista (Mills, 1997).

Além disso, a perseguição às diversas formas de cuidado popular, o que Federici (2017) identifica como uma modalidade particular de cercamento, também serviu ao interesse do capitalismo para a proletarização das pessoas. A institucionalização da medicina esteve aliada à desconsideração e depreciação de outras formas de assistir os doentes entre as camadas populares. A antropóloga Vallana Sala (2020) chama atenção para a forma com que as mulheres, que eram responsáveis pelos saberes terapêuticos e associadas aos processos de cura antes do século XIV, foram progressivamente escanteadas da produção e execução desse conhecimento. Com a passagem da medicina de um saber empírico para um saber considerado acadêmico, e especialmente a partir da crescente diferenciação entre os sexos, alvo da produção científica do século XVIII, as mulheres foram perdendo seu lugar de destaque no ofício de cuidado com a saúde (Federici, 2017; Palharini, Figueirôa, 2018). De acordo com Sala (2020), foi principalmente a idealização da mulher vitoriana dependente, frágil e pura que ajudou a cristalizar o posicionamento do gênero feminino no lugar passivo atribuído à figura da ‘paciente’.

As pesquisadoras L. Palharini e S. Figueirôa (2018) mostram que, para se consolidar a figura do médico como único sujeito capaz de assistir as mulheres durante a gestação e o parto, foi necessária a construção do imaginário do parto como um evento potencialmente perigoso e da noção de que os instrumentos e técnicas utilizadas pelos médicos garantiriam maior segurança e menor sofrimento durante o trabalho de parto. O processo de cristalização da posição médica contou, igualmente, com a desqualificação e marginalização das parteiras: o desenvolvimento do instrumental cirúrgico, principalmente o fórceps, e a proibição das parteiras de utilizarem-se dessas ferramentas foi essencial para a aceitação do médico na cena do parto.

Assim, a percepção de que parir seria um fenômeno arriscado e o entendimento de que era preciso garantir o total controle sobre o processo do nascimento contribuiu para a retirada do parto do ambiente doméstico e a hospitalização da parturição. No Brasil, essa transição acontece principalmente a partir da criação das primeiras maternidades no século XX, como parte da agenda sanitária (Palharini, Figueirôa, 2018). Vale destacar, porém, que no interior do país o parto assistido por parteiras tradicionais ainda é maioria. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada no ano de 2006, os maiores índices de

partos domiciliares foram percebidos entre mulheres de zona rural, de baixa escolaridade, e que não realizaram pré-natal de forma adequada. As regiões Norte e Nordeste do país aparecem na pesquisa com a maior porcentagem de partos assistidos por parteiras tradicionais (Brasil, 2010), mostrando que a hospitalização e o acesso ou imposição a tecnologias obstétricas também passa por um recorte regional e de classe.

Em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Parteiras Tradicionais (PNPT), voltado para o treinamento e capacitação dessas profissionais como estratégia de diminuição dos índices de mortalidade materna e neonatal e democratização do acesso à saúde em uma conjuntura de difícil acesso a hospitais e ao cuidado médico oficial. A antropóloga Soraya Fleischer (2010), em etnografia realizada na região do Pará, problematiza, no entanto, a compreensão equivocada acerca da mortalidade materna, mostrando como esse é um tema complexo em que não se pode simplificar sua causa atribuindo culpa unicamente ao profissional que assiste o evento obstétrico. Na época do lançamento do PNPT, a título de exemplo, a taxa de mortalidade em partos realizados via cirurgia cesariana eram de 7 mulheres a cada 10 mil partos, enquanto os partos assistidos por parteiras possuíam índice de óbito de 2 mulheres a cada 10 mil partos via vaginal (Pires, 2010).

Dessa forma, ao mesmo tempo que o advento de tecnologias médicas serviu para afastar as mulheres de suas antigas posições de cuidado e assistência socialmente valorizadas, o uso e o acesso a essas tecnologias se dá em um contexto de desigualdades e se traduz em um importante diferenciador no usufruto da saúde reprodutiva. Para além dessa diferenciação, o fato é que a valorização das tecnologias médicas se consolida como parte da lógica de controle, eficiência e gestão de riscos intrínseca à mentalidade biomédica. Por possuir o saber técnico sobre essas tecnologias, o médico é posicionado socialmente como o único capaz de garantir a segurança durante as intercorrências obstétricas, e a própria formação médica o prepara para esse processo de subjetivação, habituando-o a performar esse papel.

II. Drama médico: a formação obstétrica como rito de passagem

Em um estudo sobre os processos intersubjetivos da formação em obstetrícia, a socióloga Sonia Hotimsky (2007) argumenta que a concepção construída sobre o risco e a instabilidade envolvendo os processos de gestação e parto contribuiu para configurar a assistência obstétrica como sendo um “drama médico”. O conceito de drama médico, cunhado

pelos pesquisadores Becker, Geer, Hugues e Strauss (2002), é uma forma de se referir à maneira, dramática, com que os estudantes internalizam o valor da responsabilidade profissional durante seus anos de formação. Essa internalização envolve a ideia de que suas ações são imprescindíveis para a salvação de seus pacientes e que seu trabalho é uma constante mediação entre a vida e a morte.

A partir de uma revisão integrativa de um conjunto de artigos sobre a construção da identidade médica, percebeu-se que os estudantes de medicina já chegam ao curso com uma concepção pré-estabelecida do que significa ser um médico. Essa concepção geralmente se baseia numa imagem caricaturada do médico como um tipo de super-herói, que é reforçada socialmente por meio da representação desses profissionais em filmes e séries televisivas (Fernandes et al., 2023). A vivência da formação aparece como um momento ambíguo: ao mesmo tempo em que existe uma frustração ao não se perceberem inteiramente nesse papel, existe também a conquista de um status que os diferencia do restante da população e, principalmente, daqueles que contribuem por meio de seus corpos para o seu aprendizado.

É possível notar que o processo de formação em medicina se compõe de duas dimensões distintas: a capacitação técnico-científica e as interações entre os sujeitos envolvidos no processo de assistência. Nesse conjunto, a dimensão relacional tende a ser tratada como secundária em relação ao saber técnico, mais valorizado tanto por alunos quanto pelos professores (Hotimsky, 2007). Para Fernandes et al. (2023), essa valorização excessiva da técnica pode explicar inclusive a mudança no perfil dos estudantes de final do curso, com relação aos seus valores e idealizações ao começar a faculdade: os alunos chegam aos últimos anos de formação com uma preocupação voltada ao mercado de trabalho, à eficiência e ao retorno financeiro.

A partir de entrevistas realizadas com estudantes de medicina do estado de São Paulo, Hotimsky e Schraiber (2005) concluíram que grande parte dos alunos não percebem as aulas ligadas à medicina social como medicina “de verdade”. Um dos estudantes entrevistados por essas pesquisadoras explicou que é costume entre os alunos deixar para marcar compromissos durante os horários das disciplinas de psicologia médica ou saúde integral da mulher, por exemplo, evitando faltar durante as aulas de anatomia, fisiologia e outras relacionadas.

Essa postura indica uma percepção de hierarquização das áreas de ensino que faz com que os aspectos do aprendizado prático passíveis de maior interação entre alunos e pacientes não contem com a mesma preocupação dos supervisores por serem considerados espaços de

atuação de profissionais não-médicos (Hotimsky, 2007). Nesses casos, não se destina uma instrução aprofundada sobre a forma como os alunos devem se dirigir aos pacientes, o que leva, inclusive, a diversos casos em que alunos discutem informações importantes diante das pacientes sem a preocupação de traduzir seus termos em uma linguagem acessível, ou se certificar de que elas estão compreendendo o plano de ação médico, além de impedir que os alunos desenvolvam intencionalmente as características de sensibilidade e empatia, importantes dentro de uma lógica de cuidado humanizado e holístico.

Assim, na cultura médica, a dimensão da competência técnica e a dimensão do cuidado ficam dissociadas, sendo a técnica considerada uma atribuição médica de primeira ordem, baseada no conhecimento científico ‘neutro’, enquanto o cuidado seria um atributo profissional secundário, subjetivo e correspondente à linguagem dos valores e emoções (Tempesta, Cavalcanti, França, 2023). Como consequência, os interesses dos estudantes e os dos pacientes podem figurar de maneira concorrente no contexto do ensino obstétrico: o anseio por dominar os procedimentos faz com que ocorra, por vezes, a naturalização de condutas assistenciais invasivas, constrangedoras ou desnecessárias e que, inclusive, podem colocar em risco o bem estar e a saúde das pacientes, priorizando a aprendizagem e o treinamento dos alunos.

Para Hotimsky (2007), a forma como os estudantes são ensinados sobre a assistência obstétrica, assumindo o útero como um local perigoso (Martin, 2006) e atribuindo ao médico a responsabilidade pela proteção do produto do trabalho de parto, o bebê-perfeito (Davis-Floyd, 2001), certamente faz dessa especialidade uma grande oportunidade de performar o papel de protagonista no drama médico. Em sua pesquisa, essa autora constatou que esse seria um dos principais motivos que tornam o internato em obstetrícia atraente para os estudantes de medicina (Hotimsky, 2007, p. 203).

A internalização de valores próprios ao processo de formação médica levou muitos pesquisadores a estudarem esse período como uma espécie de rito de passagem (Davis-Floyd, 1987; Becker et. al., 2002; Nott, Harris, 2020; Van Der Wall et. al., 2021). Nessa chave de compreensão, uma parte importante do rito envolve aprender a desempenhar o papel de médico, o que implica em se reconstruir enquanto sujeito do olhar médico sobre a ‘paciente’, ou seja, sobre a pessoa que também é reconstruída mas, por sua vez, não como sujeito, e sim como objeto desse olhar (Hotimsky, 2007).

Como consequência, a reafirmação do médico enquanto sujeito da obstetrícia se dá através da exclusão da mulher gestante como igual sujeito. De acordo com as pesquisadoras Rodante Van Der Waal et al. (2021), a formação obstétrica inclui a passagem dos estudantes por uma racionalidade em que as mulheres gestantes figuram como “the necessary (m)other” (Van Der Wall, 2021, p. 38) em uma cena protagonizada pelo obstetra. O outro do médico é o sujeito, ou a paciente, necessária para o processo medicalizante do parto mas, ao mesmo tempo, excluída dele enquanto sujeito.

Pesquisadores feministas demonstraram como a obstetrícia é um campo importante de perpetuação de desigualdades de gênero dentro da medicina (Pimentel et al., 2014; Smith-Oka, 2015; Sadler et al., 2016). A persistência do ensino e da prática de procedimentos desatualizados, ou até mesmo proscritos pela Organização Mundial da Saúde, indica, além da subserviência dos novos profissionais dentro da hierarquia hospitalar (Hotimsky, 2007), a perpetuação de um atendimento voltado a restringir a mobilidade das mulheres e, consequentemente, sua agência durante o trabalho de parto (Sen et al., 2018). O trabalho de Martin (2006) destaca, inclusive, a exigência da posição litotômica e o uso de um acesso intravenoso ligando a mulher ao espaço físico do hospital como uma estratégia de controle sobre o corpo feminino que serve, na maior parte das vezes, apenas à conveniência dos provedores da assistência, e não da mulher.

Principalmente em hospitais-escola, mulheres pobres são vistas como “material de ensino” para prática de internos e residentes (Diniz et al., 2016; Sen et al., 2016). Em um cenário obstétrico interventivo, como é o caso brasileiro, existe uma grande expectativa por parte dos estudantes em aprender a realizar episiotomias, episiorrafias e outras intervenções cirúrgicas possíveis no período do estágio em obstetrícia. Diferenciando-se de outros países, no entanto, muitas vezes esses procedimentos são treinados diretamente nas pacientes, usuárias do Sistema Único de Saúde, e não em modelos sintéticos, a despeito do desconforto e dos riscos envolvidos para as mulheres, que figuram nessa cena como objetos de treinamento (Diniz et. al., 2016).

A etnografia de Hotimsky (2007) sobre a formação obstétrica é cheia de exemplos de como essas condutas só são possíveis através de vários marcadores de diferenciação entre estudantes e pacientes. Mesmo não sendo médicos formados, é exigido durante as aulas práticas que os alunos estejam sempre de jaleco ou, ao menos, roupa branca. Funcionando como instrumento de identificação, esse uniforme, no entanto, impede que as pacientes

possam discernir a posição dos internos na hierarquia médica, que já são chamados de “doutores” pelos residentes e demais assistentes no atendimento ao trabalho de parto.

Ao que tudo indica, os lembretes de diferenciação social entre alunos (futuros médicos) e pacientes funcionam como facilitadores do processo de ‘objetificação’ dos corpos das mulheres (Wan Der Waal et al., 2021) em mais um instrumento no treino da medicina (Hotimsky, 2007; Bridges, 2011), fazendo das instituições de internato e residência um espaço singular de naturalização da violação da integridade física e dos direitos humanos das mulheres (Hotimsky, 2009, Tempesta, Cavalcanti, França, 2023). A formação em obstetrícia aparece aqui como um rito de iniciação em práticas de injustiça reprodutiva, reproduzidas durante o exercício da profissão.

III. A face produtiva da violência: reforço às normas de gênero, raça e classe

A visão do atendimento obstétrico como um drama médico contribuiu para justificar formas de desrespeito e abuso (Sen et al., 2018) empregados durante a assistência ao parto mas defendidos como necessários ao exercício de autoridade médica em um contexto arriscado (Becker et al., 2002; Sens, Stamm, 2019). Na interpretação desse drama é esperado que a mulher gestante desempenhe de forma correta o seu papel de paciente. Pesquisas sobre a percepção de profissionais da saúde sobre o atendimento obstétrico mostram que a obediência e a passividade são qualidades esperadas das mulheres atendidas (Aguilar, D’oliveira, Schraiber, 2013; Sens, Stamm, 2019; Teixeira et al., 2021). Uma postura questionadora e incisiva é vista como agressiva por parte dos médicos, podendo, esta última, levar à negligência ou até mesmo à violência na tentativa de fazer valer a autoridade médica e reiterar a hierarquia médico-paciente (Sena, 2016).

Como demonstrou a filósofa Sara C. Shabot (2016), a medicina moderna tem o cadáver como modelo de corpo adotado no treino e na prática. Nessa lógica de assistência a passividade, e não o questionamento, é o comportamento padrão esperado de quem é atendido. Apesar do corpo grávido não se caracterizar como um corpo doente, mas sim um corpo que experimenta um processo comum da vida reprodutiva, quando a mulher gestante assume um comportamento desviante do que se entende o comportamento passivo do sujeito constituído enquanto paciente, ela é alvo de controle e tentativas de domesticação (Tempesta, Cavalcanti, França, 2023) ou até mesmo punição (Sena, 2016).

Não é apenas uma coincidência que o momento do parto seja uma das possibilidades que as mulheres têm de experienciar a antítese do mito da feminilidade branca, que entende o corpo feminino como delicado, frágil e sensível (Lage, Cal, Silva, 2020). Sem a pretensão de romantizar o processo de parir, ou essencializar corpos parturientes, Shabot (2016) argumenta que o corpo feminino ativo, criativo e resistente aparece então como um desvio que precisa ser disciplinado por meio do aparato da medicina: as mulheres precisam ser “colocadas em seus lugares”, a feminilidade precisa ser imposta, seja pela violência ou pela constante ameaça dela. Essa forma de lidar com o comportamento feminino desviante é característico da misoginia, ou seja, de um sistema que policia, estigmatiza e pune mulheres percebidas como uma ameaça às estruturas da instituição patriarcal (Santos; Jalalzai, 2021).

A violência obstétrica, então, aparece como um dispositivo de execução das normas de gênero, uma ferramenta importante de manutenção do sistema patriarcal. Pesquisas sobre esse tema têm mostrado que a violência aparece de diversas formas (Ferreira, 2019; França, 2020; Abdala, 2021) e que a politização dessa violência vem causando impactos importantes nas dinâmicas de autonomia reprodutiva, mas também provocando reações conservadoras por parte daqueles que veem sua autoridade ameaçada pelo aumento protagonismo das mulheres gestantes na cena do parto (Tempesta; França, 2021) e pelas mudanças em políticas públicas que suas reivindicações têm almejado (França, 2024).

Para os fins deste artigo, argumento que a violência obstétrica é um dispositivo simultaneamente repressivo e produtivo. Assim, é preciso levar em conta que a violência obstétrica é exercida de forma diferenciada, variando conforme os marcadores raciais e sociais. Enquanto o movimento pela humanização argumenta que o excesso de intervenções médicas também é uma forma de violência, assim como a imposição de cesarianas de forma desnecessárias, para mulheres de camadas populares a ausência de intervenções é vista como um sinônimo de descaso, insensibilidade e mau atendimento (Hirsch, Mendonça, 2020). Igualmente, entre estudantes de medicina, as propostas de humanização relacionadas à desmedicalização são percebidas como retrocesso e precariedade na assistência ao parto. Pesquisadoras constataram que, para os estudantes, prover tecnologias médicas e intervir para controlar o desfecho do parto equivale a um atendimento de maior qualidade (Hotimsky, Schraiber, 2005).

Essas particularidades da violência obstétricas provocam a reflexão sobre as práticas de atenção à gestação e ao parto como dispositivos produtores de raça, na medida em que

constantemente reiteram a alteridade construída, dentro e fora da disciplina obstétrica, entre corpos negros e brancos. A ideia de que mulheres negras são mais resistentes e menos afetadas pelas dores do parto, sintetizada pela noção de “obstetrical hardiness” (Hoberman, 2005; 2007), leva à produção do corpo da mulher negra como um corpo inerentemente indisciplinado (Bridges, 2011), tendo por consequência a naturalização de uma atenção obstétrica negligente e omissa, ao passo que o corpo da mulher branca, sob o qual recai o mito da feminilidade, é entendido como aquele apto a receber uma assistência mais atenta, interventiva, tida como superior e complexa (Tempesta, Cavalcanti, França, 2023).

As consequências dessa diferenciação podem ser percebidas por meio de indicadores de atenção no pré-natal e no parto no Brasil, que mostram que mulheres pretas recebem menos anestesia quando submetidas ao procedimento de episiotomia, apresentam prevalências mais altas de parto pós-termo quando comparadas a mulheres brancas (Leal et al, 2017). Em um contexto em que a atenção obstétrica interventiva é sinônimo de boa assistência, a negligência aparece como um marcador de uma estrutura de hierarquias reprodutivas (Diniz, Mattar, 2012) que desqualifica a maternidade de mulheres negras ao autorizar o ideário da mãe, enquanto símbolo de família e civilidade, apenas para as mulheres brancas (Davis, 2019).

O conceito de racismo obstétrico, desenvolvido pela antropóloga Dána-Ain Davis (2019), pretende dar conta justamente dos mecanismos de subordinação reprodutiva impostos às mulheres negras ao longo da história. Esse termo compreende a intersecção entre violência obstétrica e racismo médico (Davis, 2020) e é útil para entender as particularidades dos desafios enfrentados pelas mulheres negras nos ambientes hospitalares, em posição de subordinação por serem pacientes obstétricas (Davis, 2018). O racismo obstétrico aparece em diferentes dimensões: (1) lapsos críticos de diagnóstico, (2) tratamento negligente, desdenhoso ou desrespeitoso, (3) imposição de dor de forma intencional e (4) coerção à realização de procedimentos ou mesmo a realização desses procedimentos sem o consentimento da mulher (Davis, 2019).

A partir de entrevistas com mulheres negras estadunidenses que se utilizaram de tecnologias reprodutivas, como a fertilização in vitro, em suas gestações, Davis (2020) identificou mais três dimensões do racismo obstétrico, que ela chamou de (1) cerimônias de degradação, que abarca as formas pelas quais mulheres negras se sentem degradadas durante o atendimento, (2) abuso médico, envolvendo o sentimento de serem usadas como

experimentos, e (3) reconhecimento racial, que dá significado ao esforço que essas mulheres se obrigam a ter para evitar ou minimizar experiências racistas durante seu tratamento reprodutivo.

Em relação ao reconhecimento racial, o trabalho de Rochelle Maurice (2023) apresenta estratégias de mulheres negras nos Estados Unidos para mitigar os efeitos do racismo obstétrico durante o trabalho de parto. Exagerar na descrição da dor ou de outros sintomas, ou mesmo performar atitudes que as façam parecer menos ameaçadoras e mais dóceis para a equipe de saúde, são táticas que as mulheres desenvolvem e aconselham suas familiares e amigas afro-americanas a executar enquanto pacientes em maternidades.

Observando o caso brasileiro, a pesquisadora Eliza Williamson (2021) aponta a ligação entre racismo obstétrico e saúde materno-infantil. Essa autora argumenta que a forma como a medicalização do parto opera sobre os corpos de mulheres negras demonstra a continuidade iatrogênica do racismo sistêmico presente em sociedades que passaram pelo sistema colonial escravagista.

No Brasil a taxa de mortalidade materna é cerca de 2,5 vezes superior entre as mulheres pretas do que entre as mulheres brancas. Mesmo com as altas taxas de cesariana no país, e com esse parto sendo considerado pelos médicos como mais seguro e controlado, as mulheres pretas têm menor probabilidade de passar por um parto via cesárea. E, no entanto, quando essas mulheres são submetidas à cirurgia têm maior chance de desenvolver complicações pós-cirúrgicas (Williamson, 2021).

A partir desses dados, Williamson (2021) argumenta que a crítica ao cenário de atenção reprodutiva interventiva precisa levar em conta que as intervenções obstétricas acontecem de maneira racializada. Ao passo que as mulheres brancas e mais favorecidas economicamente se encontram numa situação de altas taxas de cesárea, continua sendo norma nos hospitais públicos o parto vaginal auxiliado por procedimentos dolorosos, desatualizados, potencialmente perigosos e, conseqüentemente, iatrogênicos. Em seu trabalho, a pesquisadora cita que a episiotomia de rotina e a manobra de Kristeller são intervenções de difícil erradicação, seja pela continuidade de seu ensino de forma protocolar, seja por demanda das próprias mulheres das classes populares que associam intervenção a cuidado adequado, fenômeno também identificado por Hirsch e Mendonça (2020).

Considerações Finais

O problema da violência obstétrica vem ganhando destaque nos últimos anos por meio de denúncias de movimentos de mulheres e do aumento de pesquisas que revelam a amplitude e complexidade desse problema. As bases sobre as quais o saber médico se consolida, com o monopólio do uso de tecnologias associadas à segurança e controle do parto, e a formação médica, com o aprendizado de uma performance em que o médico é o protagonista de um drama em que a mulher aparece como o “outro” necessário, fornecem chaves de compreensão importantes para as formas com que a violência obstétrica se materializa no cotidiano de hospitais e maternidades.

Ao mesmo tempo, é preciso levar em conta que a violência obstétrica é exercida de forma diferenciada, variando conforme os marcadores raciais e sociais. Enquanto uma dos argumentos do Movimento pela Humanização do Parto é que o excesso de intervenções médicas é uma forma de violência, assim como a imposição de cesarianas de forma desnecessárias, para mulheres de camadas populares a ausência de intervenções é vista como um sinônimo de descaso, insensibilidade e mau atendimento (Hirsch, Mendonça, 2020).

De fato, a assistência impositiva e interventiva expõe uma face da violência obstétrica que é marcada pelo controle e pela tutela. Esse aspecto da violência aparece como um recurso de manutenção da ordem de gênero e raça, que constrói a imagem das mulheres brancas como frágeis, dependentes e incapazes de decidir por si mesmas. Seu contraponto, o aspecto da negligência, aparece justamente no descaso e ausência de intervenções, quando estas se fazem necessárias, no caso de mulheres negras e pobres, usuárias de serviços públicos de saúde. Dessa forma, a violência aqui é um dispositivo de construção da imagem da mulher negra forte e resistente, portanto, mais capaz de suportar a dor.

Como procurei demonstrar, a formação obstétrica e a própria construção do saber médico se dão tendo as intervenções, o uso de tecnologias e o controle médico como padrão ouro em termos de cuidado. As particularidades da violência obstétrica, então, revelam os limites da imposição da feminilidade que alcança um grupo de mulheres, subjugando-as a uma posição de frágeis e tuteladas, e exclui outro grupo, retirando delas a possibilidade de uma assistência digna ao reiterar noções racistas de resistência e capacidade de suportar a dor.

Referências bibliográficas

ABDALA, Leila. “Sé que me cortaron, pero lo olvidé inmediatamente cuando te vi”. La violencia obstétrica como un nuevo marco para dotar de inteligibilidad las memorias y experiencias de los partos en la argentina reciente. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, n. 37. 2021.

AGUIAR, Janaina Marques; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires; SCHRAIBER, Lila Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013

BECKER, Howard S., GEER, Blanche, HUGHES, Everett C., STRAUSS, Anselm M. **Boys in White: student culture in medical school**. New Brunswick: Transaction Publishers, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2010. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf>.

BRIDGES, Khiara M. **Reproducing Race. An ethnography of pregnancy as a site of racialization**. Los Angeles: University of California Press, 2011.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. **Ann. Rev. Sociology**, v. 18, pp. 209-232, 1992.

DAVIS, Dana-Ain. Obstetric Racism: The racial politics of pregnancy, labor, and birthing. **Medical Anthropology**. 2018. DOI: 10.1080/01459740.2018.1549389.

DAVIS, Dana-Ain. **Reproductive injustice: racism, pregnancy, and premature birth**. New York: New York University Press, 2019.

DAVIS, Dana-Ain. Reproducing while black: The crisis of Black maternal health, obstetric racism and assisted reproductive technology. **Reproductive BioMedicine and Society** [Online], n. 11, 2020.

DAVIS-FLOYD, Robbie. Obstetric training as a rite of passage. **Medical Anthropology Quarterly**. 1987;1(3):288-318.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. 2001. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** 75. S5 - S23.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; MATTAR, Laura Davis. Hierarquias Reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - comunicação, saúde e educação**, v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; NIY, Denise Yoshie; ANDREZZO, Halana Faria; CARVALHO, Priscila Cavalcanti; SALGADO, Heloisa de Oliveira. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface, comunicação, saúde, educação**. 20 (56), p. 253-259, 2016.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a Bruxa. Mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

FERNANDES, Débora A.; TAQUETTE, Stella; SOUZA, Luciana Maria. Aspectos relacionados ao estudante na construção da identidade médica: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, n. 1, 2023.

FERREIRA, M. S. **Pisando em óvulos: a violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres**. 2019. Tese. (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

FLEISCHER, Soraya. **Parteiras, buchudas e aperreios**. Uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. Belém: Editora Paka-Tatu, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FRANÇA, Ruhana L. **A categoria ‘violência obstétrica’ no debate público brasileiro: uma reflexão interdisciplinar sobre movimentos, embates e articulações**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciência Política) – Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

FRANÇA, Ruhana L. **Entre significação e silenciamento: o ativismo pelo enfrentamento da violência no parto e a mobilização reativa da classe médica no Brasil**. 2024. Dissertação de mestrado (Ciência Política) - Universidade de Brasília, Brasília, 2024.

GAUDENZI, Paula.; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.40, pp. 21-34, 2012.

HIRSCH, O.; MENDONÇA, S. *Violência obstétrica: um novo termo que engloba novas e velhas demandas*. In: VIVEIROS DE CASTRO, T. D. (coord.) *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020. p. 73-90.

HOBERMAN, John. Medical racism and the rhetoric of exculpation: How do physicians think about race? **New Literary History**, 38 (3): 505-25. 2007

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. Tese apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) para a obtenção do título de Doutora em Ciências. São Paulo: 2007.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; SCHRAIBER, Lilia Blima. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, pp. 639-649, 2005.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LAGE, Leandro Rodrigues; CAL, Danila; SILVA, Bárbara Tuanni Veloso. Corpo e Poder: as condições de vulnerabilidade da mulher mãe no debate midiático sobre o parto. **Cadernos Pagu** (59). 2020.

LEAL, Maria do Carmo, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2017.

MAURICE, Rochelle. We bawl so we are heard: the stories we must tell about obstetric racism. **Sexual and Reproductive Health Matters**, v. 31, n. 1. 2023

MARTIN, Emily. **A Mulher no Corpo. Uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond. 2006.

MILLS, Charles W. **The racial contract**. New York: Cornell University Press, 1997.

NOTT, John; HARRIS, Anna. Sticky models. History as friction in obstetric education. **Medicine Anthropology Theory** 7 (1): 44–65; 2020.

OWENS, Deirdre Cooper. Medical Bondage. **Race, Gender and the Origins of American Gynecology**, Georgia University Press, Athens. 2018.

PIRES, Tainá. “Profissão: Parteiras”. Outras palavras 7, 2010. Disponível em: <http://www.ac.gov.br/outraspalavras/outras_7/parteira.html>.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1039-1061.

PIMENTEL, Camila; RODRIGUES, Laís; MULLER, Elaine; PORTELLA, Mariana. Autonomia, risco e sexualidade. A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. **REALIS**, v.4, n. 01, 2014.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

SADLER, M; SANTOS, MJ; RUIZ-BERDÚN, D; ROJAS, GL; SKOKO E; GILLEN P; CLAUSSEN, J. A. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. **Reprod Health Matters**. May: 24 (47), 2016.

SALA, Viviana Valeria Vallana. La enfermedad normal: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 34, p. 90-107, 2020.

SANTOS, Pedro A. G. dos; JALALZAI, Farida. **Women’s empowerment and disempowerment in Brazil. The rise and fall of president Dilma Rousseff**. Filadélfia: Temple University Press, 2021.

SEN, Gita; REDDY, Bhavya; IYER, Aditi. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. **Reproductive Health Matters**, 26: 53, 2018.

SENA, L. M. **Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface (Botucatu)**. 2019; n. 23.

SHABOT, S. C. Making loud bodies “feminine”: a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. **Human Studies**, [s. l.], v. 39, n. 2, p. 231-247, 2016.

SMITH-OKA, Vania. Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico. **Social Science & Medicine** [Internet]. Oct;143:9–16, 2015.

SZASZ, T. **The Medicalization of Everyday. Selected Essays**. Syracuse NY: Syracuse University Press, 2007.

TEIXEIRA, Luiz Antônio da Silva. RODRIGUES, Andreza Pereira. LIMA, Thais Carneiro. PONTES, Diogo Eiras. NICIDA, Lucia Regina. Violência Obstétrica: perspectiva de médicos professores de Obstetrícia. **Revista Saúde em Redes**, 2021; v. 7, n. 3.

TEMPESTA, Giovana Acácia; CAVALCANTI, Clarissa Lemos; FRANÇA, Ruhana L. Ventres livres? Pensando sobre cesariana, violência obstétrica e histerectomia no horizonte da justiça reprodutiva. **Interseções** [Rio de Janeiro] v. 24 n.3, p.472-498, fev. 2023.

TEMPESTA, Giovana Acácia; FRANÇA, Ruhana L. Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. **Horizontes Antropológicos** [online]. 2021, v. 27, n. 61. pp. 257-290.

VAN DER WALL, Rodante; MITCHELL, Veronica; VAN NISTELROOIJ, Inge; BOZALEK, Vivienne (2021). Obstetric violence within students’ rite of passage: The reproduction of the obstetric subject and its racialised (m)other, **Agenda**, v.25, p36-53.

VIEIRA, Elisabeth M. **A medicalização do corpo feminino**. 2002. FIOCRUZ.

WILLIAMSON, K. Eliza. The iatrogenesis of obstetric racism in Brazil: beyond the body, beyond the clinic. **Anthropology & Medicine**, 2021.

ZOLA, Irving K. Medicine as an institution of social control. **The Sociological Review**. v. 20, n. 4, pp. 487-504, 1972.