

Vergonha: parir sob o legado da escravidão no Brasil rural negro Racismo obstétrico e abandono estrutural na atenção materna¹

Laura Caballe Climent

UB, Espanha; ISC/UFBA, Brasil.

Palavras-chave: rural negro; racismo obstétrico; vergonha

Introdução

“Eu não quero morrer.”

Iara está deitada em uma cama de parto quebrada. Um dos apoios para as pernas cedeu; o outro se torce para fora, forçando seus quadris a uma posição desigual. A cada contração, seu corpo desliza. Sua bolsa é artificialmente rompida. Em menos de trinta minutos, ela é submetida a sucessivos exames vaginais. Dois profissionais pressionam seu abdômen para acelerar o parto. Ela pede água. Pede para mudar de posição. Ninguém responde.

A sala está cheia de movimentos, instruções e procedimentos. No entanto, o que se torna progressivamente mais evidente não é a ordem clínica, mas a exposição. “Não aguento mais”, diz ela.

Ao meio-dia, o médico decide transferi-la para outro hospital. Uma técnica de enfermagem se opõe imediatamente: “De jeito nenhum, doutor. Ela não pode. Ela vai parir na estrada”. O médico responde de forma evasiva: “Bom, melhor que ela tenha lá, em algum lugar seguro... é melhor que vá no carro”, e sai para providenciar a transferência.

No corredor, Iara segura minha mão. Acabamos de nos conhecer. “Moça, não me abandone”, pede.

Ela é colocada sozinha na ambulância. As portas permanecem abertas. Seus gritos ecoam pela entrada do hospital. Antes mesmo que a transferência comece, o bebê já está corando. O parto acontece ali, na ambulância, na soleira do hospital. Como a técnica de enfermagem havia previsto, Iara nunca chegou à outra unidade. Se a ambulância tivesse iniciado o trajeto, ela teria dado à luz na estrada — uma cena longe de ser excepcional na região.

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

O que se desenrola nessa cena não pode ser reduzido a uma falha de infraestrutura ou a um episódio isolado de maus-tratos. Trata-se de uma expressão das formas pelas quais o cuidado obstétrico é organizado e vivido em contextos rurais. Nesta apresentação mostrarei, porém que de forma muito simplificada devido às limitações do tempo, que o cuidado obstétrico no meio rural brasileiro se estrutura por meio de um continuum no qual abandono e intervenção coproduzem formas de exposição. Nesse contínuo, a vergonha emerge não apenas como uma resposta emocional, mas como um diagnóstico encarnado do racismo obstétrico: o registro através do qual a violência estrutural se torna íntima, é incorporada e se faz etnograficamente legível.

A partir de uma etnografia realizada em contextos rurais do Nordeste brasileiro, examino duas dimensões centrais da assistência obstétrica para a prevenção da mortalidade e morbidade materna: o acesso a serviços de maior complexidade e a qualidade do cuidado oferecido nas instituições de saúde (Pacagnella et al. 2014). Ao acompanhar trajetórias de mulheres negras e quilombolas, proponho que a vergonha permite apreender como desigualdades raciais e de gênero são vividas no cotidiano da assistência, antes mesmo de se traduzirem em indicadores de mortalidade.

Mortalidade materna, racismo obstétrico e os pequenos eventos

Nos debates públicos, a mortalidade materna costuma ser explicada por comportamentos individuais, atrasos na procura por atendimento ou vulnerabilidades biológicas (Bridges 2011; 2020). Em contraste, antropólogas feministas negras têm evidenciado o racismo como um conjunto de práticas institucionais que estrutura o cuidado e produz desigualdades persistentes na saúde reprodutiva (Caldwell 2017; Davis 2019; Mullings).

No Brasil, mulheres negras morrem em proporções significativamente superiores às mulheres brancas (2,5), revelando a persistência de desigualdades raciais no acesso e na qualidade da assistência (Silva et al 2024).

Do ponto de vista etnográfico, contudo, a morte materna apresenta um desafio analítico. Trata-se de um evento relativamente raro, dificilmente observável diretamente durante o trabalho de campo (Wendland 2019; Strong 2020). Por essa razão, volto-me para aquilo que poderia ser chamado de “pequenos eventos” (Povinelli 2011, 144): incidentes rotineiros, práticas aparentemente banais e situações frequentemente tratadas como normais pelos

próprios serviços de saúde. Longe de constituírem acontecimentos isolados, esses eventos revelam os mecanismos cotidianos através dos quais relações de poder, hierarquias raciais e desigualdades de gênero são produzidas e reproduzidas.

O conceito de racismo obstétrico oferece uma linguagem para compreender essas experiências. Trata-se de uma forma estrutural de discriminação racial no cuidado à gestação, ao parto e ao pós-parto, por meio da qual o sistema de saúde reproduz hierarquias históricas de raça e gênero. Diferentemente de atos explícitos de discriminação, o racismo obstétrico opera frequentemente por meio de práticas dispersas, naturalizadas e facilmente negáveis. Manifesta-se na negação da dor, na desumanização, na ausência de consentimento informado e na produção diferencial de sofrimento entre mulheres racializadas (Davis 2019b).

É nesse registro que a vergonha adquire centralidade analítica. Mais do que uma emoção individual, ela emerge como índice encarnado dessas dinâmicas, permitindo apreender como a violência institucional é experimentada, incorporada e tornada inteligível pelas próprias mulheres.

Abandono em movimento: a rede obstétrica e a gestão do risco pelo deslocamento

A decisão de transferir Iara não constitui um momento isolado de falha, mas parte de uma lógica mais ampla que organiza a circulação de mulheres em trabalho de parto pela rede de saúde.

Embora a transferência seja frequentemente apresentada como garantia de acesso a um cuidado mais adequado, na prática ela se desenrola como um processo marcado pela incerteza, pela fragmentação da responsabilidade e pela ausência de continuidade no cuidado. No caso de Iara, a decisão é tomada quando o parto já está avançado. O alerta da técnica de enfermagem — “ela vai parir na estrada” — não é um erro de avaliação. É uma previsão. Ainda assim, a transferência é mantida.

O que vemos aqui não é apenas uma decisão clínica. Trata-se de uma forma de gestão do risco por meio do deslocamento. O risco é administrado movendo o corpo para outro lugar, mesmo quando esse deslocamento produz novos perigos.

Esse padrão se repete em inúmeras trajetórias. Mulheres circulam entre municípios sem garantia de atendimento. Dependem de sistemas de regulação incertos. Ao chegarem aos

hospitais de referência, podem ser novamente recusadas, iniciando aquilo que, no contexto da saúde materna brasileira, passou a ser conhecido como peregrinação: uma circulação forçada entre serviços em busca de atendimento.

Os relatos de parto na estrada tornam essa dinâmica particularmente visível. Laiane, uma jovem quilombola, descreveu o nascimento de sua primeira filha dentro de uma ambulância, após ter sido transferida pelo médico local. Quando lhe perguntei como havia se sentido, respondeu simplesmente: “Senti muita vergonha”.

O parto fora do hospital — no espaço público da estrada e no interior de um veículo — expõe o corpo a uma forma extrema de visibilidade e desproteção. A vergonha não decorre apenas do inesperado. Ela emerge da experiência de deslocamento de um espaço legítimo de cuidado para um cenário marcado pela improvisação.

Essa lógica se prolonga para além do parto. Luana, também quilombola, relatou ter permanecido por dias em um hospital de referência após receber alta médica, sem recursos para retornar à sua cidade. Sem dinheiro para a passagem e dependente do transporte disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, ficou retida em um território desconhecido, sem roupas limpas e com acesso incerto à alimentação. Descreveu a experiência como profundamente humilhante e marcada por uma sensação persistente de vergonha.

Nesses casos, o que está em jogo não é apenas o acesso ao cuidado. É a exposição produzida pelo deslocamento. Estar em trânsito — sem saber onde ocorrerá o parto, se haverá vaga disponível ou como retornar para casa — constitui uma forma específica de vulnerabilidade.

A vergonha emerge, assim, como inscrição corporal dessa experiência de deslocamento, desproteção e abandono estrutural.

Violência na intervenção: cuidado, racialização e humilhação

Se a rede obstétrica revela formas de abandono em movimento, a observação do cuidado dentro das instituições mostra como a violência pode ser produzida através da própria intervenção.

No caso de Iara, as intervenções são constantes: exames vaginais sucessivos, pressão abdominal, reposicionamentos forçados e tentativas de aceleração do parto. Ao mesmo

tempo, essas intervenções coexistem com silêncio, desatenção e ausência de escuta. O corpo ocupa o centro da cena como objeto de manipulação. A mulher permanece à margem.

A episiotomia ilustra de forma particularmente clara essa lógica. Embora recomendada apenas em situações específicas, ela continua sendo frequentemente realizada sem consentimento informado. Seus efeitos podem persistir por anos. Uma mulher quilombola relatou que, mais de uma década após o nascimento do filho, ainda sentia dores na cicatriz. Nunca havia falado sobre isso. Sentia vergonha.

Durante o trabalho de campo, foi nos espaços de formação profissional que hierarquias racializadas apareceram de forma mais explícita. Em um hospital universitário, acompanhei aquilo que um médico definiu como um “parto didático”. Durante a atividade, explicou que mulheres “não civilizadas”, como indígenas ou “lavadeiras de rio”, paririam naturalmente em pé, enquanto mulheres “civilizadas” deveriam parir deitadas. Acrescentou ainda que todas as primíparas deveriam receber episiotomia.

Não se tratava apenas da transmissão de técnicas obstétricas. Tratava-se da transmissão de uma hierarquia racializada de corpos e comportamentos.

A violência no cuidado, contudo, não se restringe às práticas invasivas. Ela se manifesta também na linguagem, nos gestos e nas interações cotidianas. Mulheres rurais relatam ser chamadas de “porcas”, “vacas” ou “burras”. Comentários sobre o número de filhos, as condições econômicas, a aparência física ou o comportamento durante o parto operam como formas de correção moral.

Em uma ocasião, um médico repreendeu uma mulher por ter tido muitos filhos sem condições econômicas. A intervenção foi apresentada como aconselhamento médico. No entanto, a mulher posteriormente descreveu a situação como profundamente constrangedora e afirmou ter sentido muita vergonha.

Essa antecipação da humilhação atravessa inclusive a preparação para o parto. Em comunidades rurais, mulheres relatam a necessidade de chegar ao hospital “arrumadas”, com o corpo depilado, para evitar insultos. Uma delas contou ter se cortado ao tentar remover os pelos durante as contrações, temendo ser chamada de suja.

Mesmo o humor participa dessa dinâmica. Profissionais fazem piadas sobre paternidade, simulam acidentes com recém-nascidos ou transformam situações de vulnerabilidade em objeto de riso.

O que se observa, portanto, não é apenas a presença de práticas violentas, mas a sua normalização. Intervenções potencialmente danosas, comentários depreciativos e formas de ridicularização tornam-se parte do cotidiano institucional sem serem necessariamente reconhecidos como problemáticos.

É nesse nível — rotineiro, disperso e frequentemente banal — que o racismo obstétrico se torna mais difícil de identificar e, ao mesmo tempo, mais eficaz na produção de seus efeitos duradouros.

Vergonha como ferramenta analítica

A vergonha ocupa uma posição central neste argumento porque condensa experiências que, de outro modo, poderiam aparecer como eventos desconectados.

A transferência sem garantia de atendimento. A intervenção sem consentimento. A humilhação sem reconhecimento.

Tomados isoladamente, esses acontecimentos podem ser interpretados como falhas pontuais, problemas administrativos ou comportamentos individuais. Quando observados através da vergonha, contudo, passam a formar um padrão inteligível.

Proponho, portanto, pensar a vergonha como um registro encarnado da exposição racializada. Ela constitui um mecanismo através do qual a violência institucional é internalizada e experimentada na intimidade da vida cotidiana. Ao mesmo tempo, funciona como um traço epistemológico que permite identificar formas de violência que frequentemente escapam às categorias biomédicas, aos indicadores institucionais e às estatísticas de mortalidade.

Nesse sentido, a vergonha não é apenas um efeito do racismo obstétrico. Ela é também uma via de acesso privilegiada para compreendê-lo.

Conclusão

A mortalidade materna costuma ser tratada como um evento final, uma ruptura excepcional produzida por complicações clínicas. A etnografia sugere outra leitura.

A morte não aparece como um acontecimento isolado. Ela surge como o desfecho mais visível de um processo já em curso, marcado por circulação sem estabilidade, intervenção sem reconhecimento e exposição sem proteção.

Nesse continuum, abandono e intervenção não constituem desvios do cuidado. São formas através das quais o próprio cuidado é organizado. O racismo obstétrico torna-se particularmente difícil de identificar porque opera por meio de práticas dispersas, rotineiras e frequentemente banalizadas. É precisamente por isso que a vergonha adquire relevância analítica.

Ao condensar experiências de deslocamento, humilhação, silêncio e exposição, a vergonha torna visíveis processos que frequentemente permanecem ocultos nos registros institucionais e nas estatísticas de mortalidade. Pensá-la como um registro encarnado da exposição racializada permite deslocar o olhar da morte materna como evento final para os processos cotidianos através dos quais determinadas vidas são progressivamente tornadas mais vulneráveis.

A vergonha, portanto, não é apenas consequência da violência institucional. Ela constitui também uma das formas pelas quais o racismo obstétrico se torna vivido, incorporado e etnograficamente legível.

BIBLIOGRAFIA:

Bridges, Khiara M. 2020. "Racial Disparities in Maternal Mortality." *New York University Law Review* 95 (5): 1229-1302.

Bridges, Khiara M. 2011. *Reproducing Race: An Ethnography of Pregnancy as a Site of Racialization*. Berkeley: University of California Press.

Caldwell, Kia Lilly. 2017. *Health Equity in Brazil: Intersections of Gender, Race, and Policy*. Champaign: University of Illinois Press.

Davis, Dána-Ain. 2019. "Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing." *Medical Anthropology* 38 (7): 560-573.

Davis, Dána-Ain. 2019b. *Reproductive Injustice: Racism, Pregnancy, and Premature Birth*. New York: NYU Press.

Davis, Dána-Ain. 2020. "Reproducing while Black: The Crisis of Black Maternal Health, Obstetric Racism and Assisted Reproductive Technology." *Reproductive Biomedicine & Society Online* 11: 56-64.

Mullings, Leith. 2021. "The Necropolitics of Reproduction: Racism, Resistance, and the Sojourner Syndrome." In *The Routledge Handbook of Anthropology and Reproduction*, edited by Sallie Han and Cecília Tomori, 202-215. New York: Routledge.

Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, et al; "Brazilian Network for the Surveillance of Severe Maternal Morbidity study group. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study". *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:159. Doi: 10.1186/1471-2393-14-159.

Povinelli, Elisabeth A. 2011. *Economies of Abandonment: Social Belonging and Endurance in Late Liberalism*. Duke University Press.

Silva AD, Guida JPS, Santos DS, Santiago SM, Surita FG. "Racial disparities and maternal mortality in Brazil: findings from a national database" *Rev Saúde Pública*. 2024 Jul 5;58:25. doi: 10.11606/s1518-8787.2024058005862. PMID: 38985056; PMCID: PMC11196092.

Strong, Adrienne. 2021. "Maternal Mortality." In *The Routledge Handbook of Anthropology and Reproduction*, edited by Sallie Han and Cecília Tomori, 15-28. New York: Routledge.

Wendland, Claire. 2016. "Estimating Death: A Close Reading of Maternal Mortality Metrics in Malawi." In *Metrics: What Counts in Global Health*, edited by Vicanne Adams, 258-281. Durham: Duke University Press.