



## **“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”**

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

**“TEM COR, TEM CORTE, E A HISTÓRIA DO MEU LUGAR”:** A interseccionalidade da violência obstétrica no Brasil e as disputas de sentido

TATIANE MICHELE MELO DE LIMA <sup>1</sup>

**Resumo:** O trabalho versa sobre a conformação interseccional da violência obstétrica no Brasil, sua relação com a mortalidade materna e no contexto pandêmico, e as diferentes abordagens teórico-políticas sobre o fenômeno. Para tanto analisa a disputa de sentidos sobre a violência obstétrica por parte dos movimentos de mulheres e feministas e por parte das principais profissões que atuam na assistência ao parto, a partir da análise documental.

**Palavras chaves:** violência obstétrica, interseccionalidade, racismo obstétrico, pandemia

**Abstract:** The work deals with the intersectional conformation of obstetric violence in Brazil, its relationship with maternal mortality and in the pandemic context, and the different theoretical-political approaches to the phenomenon. In order to do so, it analyzes the dispute of meanings about obstetric violence by women's and feminist movements and by the main professions that work in childbirth care, based on documentary analysis.

**Keywords:** obstetric violence, intersectionality, obstetric racism, pandemic

---

<sup>1</sup> Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal De Pernambuco

## 1. INTRODUÇÃO

O movimento de mulheres negras ao reivindicar por justiça reprodutiva, escancara a impossibilidade do exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos sem justiça social, e em tempos de pandemia da covid-19 constata o aprofundamento da violação desses direitos, bem como das desigualdades sociais, raciais e de gênero. A exemplo dos dados relativos ao abortamento e mortalidade materna, que segundo aponta o *Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva 2020-2021*, pesquisa realizada pela ONG Criola: “Os óbitos por aborto atingem 45,21% de mulheres negras contra 17,81% de mulheres brancas (Jan/2020 a Fev/2021)” e em relação a mortalidade materna:

O Brasil chegou a liderar mortes maternas por Covid-19 no mundo (SOUZA; AMORIM, 2021) e as mulheres negras apresentam um risco de morte duas vezes maior comparadas às mulheres brancas (SANTOS et al., 2020). As dificuldades de acesso ao pré-natal de qualidade se agravaram, tendo em vista que diversos serviços foram suspensos e maternidades se transformaram em atendimento para Covid-19. A desastrosa condução da crise sanitária que atravessamos é responsável por milhares de mortes evitáveis. De acordo com os dados produzidos pelo Observatório Obstétrico Brasileiro de Covid-19, até maio de 2021, as mortes maternas entre mulheres negras foi 77% superior às das brancas. O Brasil representa 75% das mortes maternas pela doença no mundo todo. Além do sucateamento ao qual os serviços públicos foram submetidos com mais intensidade nesse período, o agravamento da precariedade das condições de vida, incluindo o aprofundamento da fome e do desemprego e a insuficiência do auxílio emergencial, compromete a saúde materna dessas mulheres. (DOSSIÊ CRIOLA, 2021, p.48)

Como é sabido 90% dos casos de mortalidade materna no Brasil são oriundos de causas evitáveis (GOES, 2017), o que expressa uma relação estreita com a violência obstétrica, este já era o cenário antes da pandemia da covid-19 que se aprofunda no contexto pandêmico. Não por acaso, as mulheres pardas e negras são a maioria a serem vitimadas pela mortalidade materna, entre as causas temos (dados de 2015 a 2019):

Assim 5.772 (68,2%) morreram devido a causas Obstétricas Diretas totalmente evitáveis, sendo 19,2% por hipertensão da gestação (incluindo a eclâmpsia e a pré-eclâmpsia), 11,3% por hemorragias obstétricas ante-parto e pós-parto, seguidas do aborto com 7,4%, e a infecção puerperal 5,3% dos óbitos, no período. Outras causas chamam atenção: quase 400 casos de embolia, que podem estar associadas a cesariana não indicada, ou a complicações anestésicas por exemplo; 267 casos de mortes maternas por anormalidades de contração uterina, o que é inesperado, sendo códigos de morbidade. (SENAPESCHI E PERES, 2021, p.60)

Considerando que uma das expressões da violência obstétrica tem sido

disparidades no acesso ao pré-natal e que mulheres negras e pardas tem tido acesso a menos consultas do que as mulheres brancas, o que significa um não acompanhamento adequado dessas comorbidades, assim como negligências na própria assistência ao parto, a relação entre racismo institucional, violência obstétrica e mortalidade materna é explícita.

Segundo a Pesquisa Nascer no Brasil de 2014, são as mulheres negras e pobres que correm mais riscos de pré-natal inadequado, que apresentaram menor vinculação com a maternidade em que ocorreu o parto e assim também foram as que mais peregrinaram, são as que vivenciam o parto solitárias, pela negação do direito ao acompanhante e, no caso, violação da Lei 11.108/05, e são as que menos recebem orientação e anestesia local na episiotomia. Esses dados apontam para uma interseccionalidade da violência obstétrica e sua relação com o racismo estrutural e institucional ao demonstrar a disparidade entre as mulheres e pessoas com útero e seus marcadores de raça, classe, sexualidade, geração entre outros.

Mesmo no que pese todos os dados, o fenômeno da violência obstétrica é alvo de negação por parte de entidades e profissionais de saúde, notavelmente uma parcela de médicos e obstetras, que constroem e difundem narrativas que invalidam o tratamento da violência obstétrica como questão política. O atual governo federal também corrobora reafirmando essas narrativas através de ações que desincentivam o seu enfrentamento e que até censuram a utilização do termo, como ocorreu em 03 de maio de 2019, quando o Ministério da Saúde publica um Despacho que afirmava a impropriedade da expressão —violência obstétrica, alegando que nenhum profissional de saúde tem a intencionalidade de prejudicar ou causar danos. Após mobilização dos profissionais, ativistas, movimentos de mulheres e feministas e das operadoras e operadores do direito, o Ministério Público Federal, então, recomenda ao Ministério da Saúde que esclareça por meio de nota que o termo é uma expressão consagrada em documentos científicos e legais, e que o MS se abstenha de realizar ações contra o uso do termo. Diante desta recomendação o MS edita a nota.

Além desse posicionamento do início do atual governo, recentemente o

Ministério da Saúde lança em maio de 2021 a 6ª edição da caderneta da gestante, nesta versão traz procedimentos não indicados pela OMS como a episiotomia (corte no períneo reconhecido como mutilação genital) e a manobra de Kristeller que traz riscos para a mulheres e pessoas com útero e seus bebês, entre outros procedimentos. Tal posicionamento é coerente com a postura do atual governo de negacionismo diante da pandemia da covid-19 que se traduz por não enfrentamento das questões advindas da crise sanitária.

A importância do reconhecimento da violência obstétrica implica diretamente no seu enfrentamento, a exemplo da violência doméstica e familiar contra as mulheres, que só ganhou status político após o seu reconhecimento, fruto da organização dos movimentos de mulheres e feministas. A violência obstétrica é alvo de denúncia com esta nomenclatura desde o início dos anos 2000, não apenas pelos movimentos de mulheres e feministas, mas também por profissionais de saúde que reivindicam uma medicina baseada em evidências científicas, uma assistência ao parto humanizada e por operadores do direito que pautam legalmente o enfrentamento desse fenômeno.

Assim, estamos diante de uma disputa de sentidos em torno da violência obstétrica, que será aqui explicitada a partir de uma análise interseccional da documentação de entidades médicas que se pronunciaram sobre a violência obstétrica e o uso do termo.

## **2. INTERSECCIONALIDADE COMO LEITURA DO REAL E TRAMA DA REALIDADE**

A interseccionalidade não é apenas uma ferramenta de análise, o que por si só já nos oferta grande contribuição metodológica, mas é antes a conformação da própria realidade analisada. Os fenômenos são interseccionais. Desta forma, não é admissível análises universalizantes sobre os fenômenos que atingem as mulheres e pessoas com útero, a exemplo da violência obstétrica. Não podemos tomar como experiência universal a experiência de mulheres brancas burguesas, conforme elucidam pensadoras feministas do Sul Global e do feminismo negro. Em relação à

particularidade das mulheres negras, especialmente no Brasil, e em relação à particularidade das mulheres brancas que são tomadas como parâmetro da experiência das mulheres de forma universal, Luiza Bairros (1991) problematiza o conceito de experiência:

Cabe notar que essa definição ao mesmo tempo em que reforça um dos aspectos definidores do feminismo em relação a outros sistemas de pensamento - a importância da subjetividade em oposição à objetividade – também abre a porta para as generalizações. Isto associado ao maior acesso aos meios de propagação de ideias por certos grupos, sem dúvida contribuiu para que experiências localizadas fossem tomadas como parâmetros para as mulheres em geral (BAIROS, 1991, p. 459).

Essa universalização do sujeito do feminismo como mulher branca cis e das classes burguesas impõem um padrão à opressão de gênero, o que invisibiliza a experiência de mulheres negras, indígenas, das classes subalternas, camponesas, operárias, trabalhadoras informais, lésbicas, trans, mulheres com deficiência, entre outras características que determinam a posição da mulher nas relações sociais.

Segundo Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge (2021, p.03) uma definição prática da interseccionalidade seria que ela “é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas”. As autoras apontam ainda que mais importante do que saber o que a interseccionalidade é, é saber o que a interseccionalidade faz. Seu uso necessariamente recusa o privilégio de uma categoria de análise em detrimento de outras. Sendo assim, ao propormos uma análise interseccional da violência obstétrica, reconhecemos sua característica multifacetada, clivada de determinantes raciais, de classe, gênero, sexualidade, geração, capacidade entre outras. Significa assumir que qualquer abordagem será uma abordagem parcial, embora busque aproximar ao máximo da análise desse real.

O fenômeno da violência obstétrica é antigo, data da institucionalização do parto, do seu processo de medicalização, isto é, quando deixa de ser objeto de protagonismo das mulheres e pessoas com útero, sejam essas pessoas as próprias parturientes ou sejam elas parteiras ou doulas, em detrimento do saber médico especializado em obstetrícia. Não significa que este saber médico não tenha sua importância assim como a cesariana, significa que este saber não pode e nem deve

ser exclusivo e excludente, retirando a autonomia das mulheres sobre seus processos de parto.

Apesar de antigo, o status político da violência obstétrica ainda é um processo que carece de reconhecimento pleno por parte do Estado e da sociedade. É um fenômeno ainda naturalizado e timidamente enfrentado pelo Estado, a depender dos governos e seus projetos de sociedade o problema pode ser alvo de enfrentamento ou de negacionismo, como verifica-se atualmente na particularidade brasileira que não só nega como reforça e legitima práticas que corroboram com a violência obstétrica (como a caderneta da gestante supracitada). É também um objeto de disputa, que identificamos em dois campos:

1. No campo dos profissionais da assistência ao parto: entre médicos obstetras de abordagens intervencionistas, e profissionais como médicas/os obstetras, enfermeiras/os obstetras e obstetras de abordagem de humanização do parto e medicina baseada em evidências científicas, e ainda parteiras e doulas com seus saberes técnicos;
2. No campo político (não que a técnica não tenha sua dimensão política) de disputas com os movimentos sociais: ativistas pelo parto humanizado, movimentos de mulheres e feministas que se contrapõem a medicalização do parto.

A disputa sobre o sentido da violência obstétrica é fruto da disputa pelo protagonismo da cena do parto, em uma abordagem intervencionista há uma visão do parto como evento medicalizado que necessariamente se constitui como um risco para mulheres e pessoas com útero e sendo assim, apenas os médicos devem atuar e decidir sobre qual o melhor tipo de parto, por exemplo. No modelo de humanização, o discurso é de protagonismo da mulher e de apoio dos profissionais de saúde, familiares e acompanhantes de escolha da mulher, o respeito a autonomia da mulher é central.

Já os movimentos de mulheres, feministas e ativistas em seus estudos e pesquisas situam a autonomia da mulher e seu protagonismo no parto como expressão do exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos, toda e qualquer prática que viole estes direitos no parto é expressão de violência obstétrica. As

características desse tipo de violência são inúmeras, podendo ter início no pré-natal, ora com o não acesso devido a quantidade recomendada de 06 consultas, o que é recorrente em mulheres negras, ora com a omissão de informações que auxiliariam a mulher na escolha do seu tipo de parto em detrimento da escolha médica, desrespeito dos planos de parto, cesarianas sem indicação científica, entre outros procedimentos. Na tentativa de sintetizar um conceito de violência obstétrica no Brasil se utiliza o conceito das legislações Argentina e Venezuelana, a exemplo do Ministério Público de São Paulo que também adota o conceito cunhado nesses países latino americanos:

Apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (SÃO PAULO, 2013).

Reflete-se que não se trata de um controle total sobre a sexualidade feminina, mas uma tentativa de controle, havendo a resistência das mulheres, escapatórias individuais e coletivas. Embora que a cada escapatória, o controle se manifeste de forma mais violenta. A organização política das ativistas pelo parto humanizado e das feministas se expressa de várias formas, uma das estratégias tem sido por dentro do ambiente acadêmico na realização de pesquisas sobre a violência obstétrica nas áreas de saúde, do direito, da sociologia, psicologia e também do Serviço Social. Há também estratégias de ciberativismo que através de blogs dão espaços para as narrativas de experiências de mulheres sobre a violência obstétrica.

O posicionamento destes grupos é contestado e até alvo de ataques por algumas entidades e profissionais da assistência ao parto como forma de silenciamento sobre o fenômeno da violência obstétrica, o que se caracteriza como reificação da própria violência obstétrica, pois a negação impacta no enfrentamento desse tipo de violência perpetuando-a. Esses discursos serão analisados na próxima seção. Apesar das tentativas de silenciamento, as pesquisas oficiais, como a Nascer no Brasil (2014), bem como as pesquisas acadêmicas dão conta de que no Brasil a assistência ao parto tem sido historicamente intervencionista e violenta, mas ainda assim atingindo a diversidade de mulheres e pessoas com útero de formas

diferentes.

Os resultados da pesquisa Nascir no Brasil (2014) apontam como síntese que as mulheres e seus bebês, independente do grupo social a que pertencem, estão expostas aos riscos de efeitos adversos ao parto, mas, de forma diferenciada, a partir dos marcadores de raça, classe social expressos como renda, e escolaridade, além do tipo de serviço público e privado. Os resultados mostraram a baixa efetividade do modelo de atenção obstétrica e neonatal predominantes nos serviços públicos e privados no País (SUMÁRIO EXECUTIVO DA PESQUISA, 2014).

A pesquisa expôs como as disparidades de raça e classe se articulam a gênero e conformam a violência obstétrica de forma diferenciada para cada grupo de mulheres. Enquanto as mulheres brancas e de classe mais elevada são maioria no atendimento da rede privada, as negras e pardas e de classes mais subalternizadas são a maioria das usuárias da rede pública.

O abuso de cesarianas agendadas sem indicação clínica, e o alto número de bebês pré-termo (prematurados) devido à antecipação do nascimento em algumas semanas, o desrespeito quanto à escolha do tipo de parto e a não prestação de informações para as parturientes, são recorrentes nos serviços privados, segundo revelou a pesquisa, indicando violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, como o desrespeito à autonomia e à informação incompleta que induz às mulheres a cesarianas, expondo-as e a seus bebês a riscos desnecessários.

Na rede pública, o quadro é mais complexo, os partos são extremamente medicalizados e dolorosos, com o abuso de procedimentos como ocitocina para acelerar o trabalho de parto e a episiotomia, que só é recomendada em 15% dos casos. No entanto, é interessante a observação feita por Maria do Carmo Leal et al.. (2014, p.10), com relação a comparações entre negras, pardas e brancas e esses procedimentos, que aponta que as mulheres negras são menos submetidas:

A princípio, menos exposição a intervenções, tais como uso de ocitocina, episiotomia e cesariana entre pretas e pardas em relação às brancas poderia significar um cuidado mais em acordo com as evidências científicas recomendadas pelo Ministério da Saúde. Porém, na prática, o modelo de assistência obstétrica adotado no Brasil é intervencionista e os profissionais de saúde em larga medida não somente identificam essas práticas como adequadas, mas também como



indicativas de um —bom cuidado.

Observa-se que, pela lógica do modelo interventivo, a intervenção existe no sentido de diminuir a exposição à dor. Profissionais adeptos a esse modelo acreditam que estão oferecendo um tratamento de qualidade. Desta forma, as estatísticas deveriam nivelar as mulheres com relação a esses procedimentos, todas elas deveriam apresentar o mesmo tipo de procedimento. Se as negras não são tratadas da mesma forma em relação às brancas, esse é um indicativo de discriminação.

Esses dados supracitados revelam como o racismo institucional potencializa e é potencializado pela violência obstétrica. Segundo define Jurema Wernek (2013, p.18), o racismo institucional é:

[...] um modo de subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistam ou existam de forma precária, diante de barreiras interpostas na vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação desse último.

Também se refere à falha das instituições em suprir as necessidades e oferecer serviços apropriados às pessoas por causa da sua cor, raça/etnia. A população negra no geral experiencia disparidades no atendimento. Em especial, as mulheres negras apresentam, assim como as indígenas, —níveis mais elevados de adoecimento e de morte por causas evitáveis, desde as doenças infectoparasitárias até aquelas relacionadas à violência (MARIA DO CARMO LEAL et al., 2014, p. 02).

No entanto, os dados e as evidências não falam por si só, necessitam da investigação criteriosa e da interpretação que se assenta em alguma perspectiva teórica e política. Dessa forma, o que para o movimento de mulheres e feministas, assim como para os profissionais que se filiam a um modelo de humanização do parto, são considerados como violência obstétrica, para os profissionais adeptos do modelo intervencionista trata-se de fazer uso do que há de mais avançado na tecnologia. Essas interpretações, ambas recheadas de interesses individuais e coletivos, evidenciam a complexidade do fenômeno e as disputas em torno dele.

### **3. ROMPENDO SILÊNCIOS: a disputa dos sentidos sobre a violência obstétrica**

---

O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica expressa uma disputa determinada pela medicalização do parto. As interpretações em relação ao que seria a violência obstétrica, quanto a sua natureza, se deslocam do significado dado pelos movimentos feministas e de ativistas pelo parto. Assim, foram analisados 06 documentos de 03 entidades médicas: Federação Brasileira de Ginecologia e Obstétrica (Febrasgo), Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Os documentos são: **FENAM 01**: *Conduta obstétrica não pode ser confundida com violência (2014)*; **CFM 01**: *Recomendação do CFPE sobre partos em ambiente hospitalar, em 2012*; **CFM 02**: *Carta ao leitor – REVISTA ÉPOCA (2015)*; *Em defesa dos médicos e rebatendo denúncia da reportagem PARTO COM RESPEITO (03/08/2015)*; **CFM 03**: *RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016 que garante a autonomia do médico e da gestante sobre a realização do parto cesariano*; **FEBRASGO 01**: *Contra a violência obstétrica (2017)*; **FEBRASGO 02**: *Recomendações FEBRASGO para temas controversos (2018)*.

A pesquisa documental visou responder as questões formuladas a partir dos objetivos específicos: 1) Quais as definições de violência obstétrica presente nos textos? 2) Quais as concepções teórico-políticas que fundamentam os posicionamentos? As perguntas foram destinadas aos documentos das entidades médicas que representam o discurso médico hegemônico, aqui analisado enquanto discurso “competente” Chauí, 2007.

Dessa forma, foram levantados os documentos nos portais das entidades, buscando pelo descritor específico “violência obstétrica”, uma vez que a busca era sobre a crítica ao uso do termo “obstétrica”. Os portais apresentaram textos produzidos no período de 2012 a 2018 (tendo como contextualização para a escolha – o documento da Rede Parto do Princípio “Violência Obstétrica: Parirás com dor”, de 2012, por representar o primeiro documento ao utilizar o termo violência obstétrica no Brasil), tendo sido utilizados todos aqueles encontrados.

Observa-se que ao questionar o uso do termo “obstétrica” para qualificar esse

tipo de violência, o discurso médico entende que se refere à violência praticada estritamente pela/o profissional obstetra. A classe se identifica com o próprio ramo da obstetrícia, que não é uma área de atuação restrita à profissão médica, engloba também a enfermagem obstétrica. Conforme se evidenciou, é a perspectiva intervencionista que estrutura o argumento de parte da classe médica. Desse ponto de vista, outros sujeitos são desconsiderados da assistência, como doulas e parteiras.

Esse entendimento é um reflexo da medicalização do parto, de compreender o parto como um ato médico. Esse é um nó difícil de desatar para um entendimento comum do que seria a violência obstétrica, por partir de perspectivas antagônicas.

No lugar do termo se advoga o uso de “violência institucional no parto”, no entanto, essa nomenclatura não dá conta da complexidade das manifestações da violência obstétrica, resumindo-a à violência estrutural do Estado e apagando a dimensão subjetiva e ético-política dos sujeitos que podem vir a cometer esse tipo de violência. Assim, o termo é utilizado para dar sentido a um tipo de violência contra a mulher que pode acontecer em todo o processo de gestação, no pré, pós e parto, e não estritamente na cena do parto e dentro de maternidades.

No entanto, essa compreensão sobre o termo assentada na lógica da medicalização social não é um consenso entre as entidades. A Febrasgo apresenta outra compreensão, ao deixar claro que existe uma diferença entre os termos:

Em primeiro lugar, é importante diferenciá-la da violência do obstetra. O primeiro termo engloba qualquer atitude, manobra, ou procedimento que possa trazer constrangimento, desconforto ou agravos à saúde da grávida, e pode ser cometido por qualquer um envolvido nessa relação, que vai do poder público à recepcionista de um hospital, incluindo nesse caminho o próprio médico (FEBRASGO 01, 2017).

O conceito de violência obstétrica foi alvo de constantes debates para a categoria, quando se colocava o descritor “violência obstétrica” na busca dos portais das entidades, entre as referências encontradas, muitas eram notícias de eventos, seminários que abordavam o tema. Significa que nos últimos anos a profissão se aproximou do tema. Este tema, assim como o da humanização do parto, fez parte de importantes debates na sociedade e nos eventos científicos das principais profissões

envolvidas na assistência ao parto. E parece lograr alguns ganhos no sentido do seu reconhecimento social, a exemplo do recente documento da Febrasgo (2018), contendo recomendações para temas controversos:

É crucial, contudo, destacar que reconhecer a violência obstétrica como uma realidade, não significa culpabilizar nenhuma categoria profissional específica, posta que esta se consolida em termos estruturais. A violência obstétrica é uma expressão de violência durante a prestação de cuidados de saúde, que ocorre em um ambiente social e em sistemas de saúde cujos fundamentos políticos e econômicos fomentam o desenvolvimento de relações de poder. Assumir a violência obstétrica como uma realidade a ser enfrentada não enfraquece os obstetras como categoria profissional. Ao contrário, a fortalece, uma vez que os profissionais de saúde também estão expostos a prejuízos oriundos da mesma estrutura que sustenta a institucionalização de práticas violentas contra as mulheres (12) (FEBRASGO 02, 2018).

É uma importante iniciativa em direção ao enfrentamento e também pelo reconhecimento de que se trata de reprodução de relações de poder. No entanto, observa-se ainda que a tendência dos discursos das entidades médicas é a de não reconhecer que existe uma cultura de violência na atenção à gestação e ao parto. No lugar desse reconhecimento encontra-se a justificativa de que se trata de uma exceção, um caso isolado de erro médico. Porém, reconhecem que existe uma violência institucional no parto e que esta é produzida pelo estado, por meio da precarização dos serviços.

Também apresentam uma crítica aos movimentos feministas e às ativistas pelo uso do termo, como sendo uma violência investida contra a classe das/os obstetras. E que as críticas quanto aos abusos dos procedimentos são, na verdade, uma estigmatização da prática médica, o que demonstra uma postura de negação da violência obstétrica.

Dessa forma, os discursos das categorias médicas foram sistematizados, definindo três linhas de argumentação que não são excludentes, se articulam compondo um discurso que reifica a violência obstétrica. A primeira se refere à confusão entre os determinantes estruturais da violência com a própria violência; a segunda à ocultação dos determinantes sexistas e raciais, a partir da negação da violência obstétrica, tratada como um episódio de erro médico e não como prática rotineira de uma cultura colonial própria da sociedade brasileira e que se reproduz também na assistência ao parto; e a terceira, à inversão do alvo da violência, com a

argumentação da estigmatização do obstetra.

A primeira linha de argumentação parte de um ponto aparentemente consensual: a precarização do Sistema Único de Saúde, em especial a situação das maternidades públicas. Esse aparente consenso encobre as diferentes concepções e projeto de sociedade que conformam a noção de saúde. Há interesses privatistas, assim como há interesses na universalização do sistema.

E a partir desses interesses a crítica às condições do sistema toma conotações diversas, sendo utilizada para justificar privatizações ou para reivindicar a materialização dos seus princípios. A raiz dessa precarização pode ser atribuída ao gerenciamento dos serviços, segundo uma lógica neoliberal, que visa encobrir a real determinação da precarização das políticas sociais, em especial da política de saúde.

A precarização dos serviços é efeito do papel assumido pelo Estado brasileiro, no neoliberalismo, de atender às exigências do mercado internacional em detrimento das classes subalternas, como já aprofundado no tópico anterior. O fato é que essa precarização inflexiona no desenvolvimento da violência obstétrica. Mas, esta determinação não se dá de forma mecânica, nos exigindo apreender as mediações. O que não permite reduzir a violência obstétrica a uma de suas determinações, embora seja também uma determinação central.

Essa mediação se dá em dois níveis: no âmbito dos serviços, solapando a ambiência hospitalar, inviabilizando o acesso adequado da população, seja na precarização supracitada das maternidades públicas, seja na mercantilização da saúde nos órgãos suplementares; e no âmbito ideológico, valendo-se da ciência para legitimar a ordem estabelecida, necessitando, para tanto, imprimir uma pretensa neutralidade política, que esvazia as tensões de classe, raça, gênero e sexualidade, e propala uma dimensão tecnicista que permeia todas as atividades profissionais. Com a assistência ao parto não seria diferente.

O discurso hegemônico não considera essas mediações, não conseguindo, assim, realizar a autocrítica em relação ao tecnicismo da sua prática. Reduzindo a

violência obstétrica a uma de suas determinações, conforme se observa:

A Federação Nacional dos Médicos (FENAM) esclarece que conduta obstétrica não pode ser confundida com violência. A violência obstétrica é causada pelo Estado, quando falha na oferta dos serviços de saúde. A falha na infraestrutura e disponibilização de serviços, essa, sim, é a verdadeira violência contra os direitos humanos, e não o ato de intervenção do profissional médico com todos os recursos advindos do progresso da ciência e da tecnologia, usados para garantir a integridade e a saúde da gestante e do bebê (FENAM 01, 2014).

O CFM, por meio da carta em resposta à reportagem da Revista Época sobre a violência obstétrica, reafirma a mesma concepção, argumentando que a verdadeira violência obstétrica é a do Estado:

Desta forma, são motivos de grande preocupação situações de violência contra as gestantes, como resultado da omissão do Estado que não lhes garante leitos e condições de atendimento necessários à realização de um parto seguro. (...) A peregrinação por diferentes hospitais em busca de um leito ou a —internação em cadeiras e outros locais inadequados são exemplos concretos da real violência obstétrica cometida contra mulher brasileira, a qual deve ser combatida pela mobilização da sociedade e pela cobrança de mais investimentos e de melhor gestão da saúde (CFM 02 – CARTA AO LEITOR, 2014).

Conforme é problematizado no discurso acima, a pesquisa Nascer no Brasil (2014) evidenciou as condições das maternidades, falta de medicamentos e equipamentos mínimos necessários para casos de emergência, tendo esse quadro variado em relação às regiões do País. Os Comitês de Enfrentamento à Mortalidade Materna realizam as fiscalizações às maternidades, a ambiência é um importante elemento na análise da violência. Portanto, o movimento dos sujeitos que denunciam a violência obstétrica considera a ambiência como um fator de risco, mas não exclusivamente determinante da violência. Esse é outro ponto de discordância com relação ao discurso hegemônico.

Neste sentido, o parto humanizado figura como estratégia de uma assistência ao parto que garanta a segurança das mulheres e resguarde os seus direitos humanos. Porém, não pode se configurar como a única estratégia de enfrentamento da violência obstétrica. O enfrentamento deve ser feito mirando as suas determinações, uma vez que o percurso empreendido até aqui nos mostrou que a Violência Obstétrica é, além de uma mostra da permanência do patriarcado, um reflexo da medicalização do parto, potencializada pelo racismo institucional e pela precarização e mercantilização da saúde. Isso exige estratégias mais amplas dos

movimentos, para além da humanização do parto.

A segunda linha de análise aponta que o discurso hegemônico, mesmo diante dos resultados da pesquisa nacional, *Nascer no Brasil* (2014), aponta para um padrão interventivo da assistência e caracterizado pela medicalização do parto. O posicionamento oficial das entidades é o de que se trata de um episódio de erro médico, conforme carta a seguir:

No entanto, a abordagem exige alguns esclarecimentos. Em primeiro lugar, o Conselho Federal de Medicina (CFM) ressalta que a imensa maioria dos 400 mil médicos brasileiros, mesmo em contextos absolutamente adversos, tem seguido as orientações contidas no Código de Ética Médica, tratando todos os seus pacientes, em especial gestantes e recém-nascidos, com dignidade, civilidade, respeito à autonomia e com o melhor de sua técnica (CFM 02).

Na verdade, as expressões da violência obstétrica são um conjunto de práticas rotineiras que reproduzem uma cultura colonial que recoloca as pessoas em lugares de subalternidade, tal como a apropriação dos corpos das pessoas como objeto de intervenção, a exemplo da episiotomia como forma de treinamento da formação dos profissionais, conforme Simone Diniz et al.. (2016) chamam de a vagina escola.

Colabora com essa colonização do outro o argumento de que existe um conhecimento exclusivo e válido que pode definir o que é a violência obstétrica, e outro conhecimento que é deturpado e irracional, e que, portanto, não pode definir o que vem a ser a violência obstétrica, mesmo que esse discurso seja o discurso da parte mais interessada, das mulheres atingidas pela violência.

Dito isto, é importante também, demarcar que quando se direciona exclusivamente as causas da violência obstétrica como falhas do Estado e sem considerar o papel dos agentes, deixa-se de enfrentar a reprodução do racismo, machismo, homofobia e outras formas de discriminação nos serviços. A quem interessa ocultar o agente da violência? Uma vez que o Racismo é estrutural e permeia todas as instituições sociais com a saúde não seria diferente. Ressalta-se que os agentes são diversos, dentro da instituição de saúde, podendo o racismo e a violência obstétrica ser perpetrada desde a recepção até o responsável pela alta médica, são diferentes graus de formação e de responsabilidades, quanto mais

conhecimento mais poder, quanto mais poder mais responsabilidade.

Diante da Campanha do Ministério da Saúde contra o racismo no SUS, o discurso hegemônico diz ser uma declaração racista: “Em Nota à sociedade (2014), o CFM —repudia o tom racista da campanha lançada pelo Ministério da Saúde, que desconsidera os problemas estruturais de atendimento que afetam toda a população”. Aqui se localiza a terceira linha de análise, o discurso que inverte o lugar das vítimas da violência em promotoras da violência, mediante acusação da estigmatização do profissional.

A nota ainda acrescenta que “Na verdade, são essas as causas do mau atendimento para a população no SUS, não importando questões de gênero, classe social ou etnia”. Essa declaração é coerente com a ideologia da democracia racial que impera no País, a negação empírica do racismo.

De acordo com Antônio Guimarães (1995), o racismo no Brasil é um tabu. Infere-se que essa inversão que aparece no discurso significa que falar em racismo é interpretado enquanto o próprio racismo. Além da negativa do racismo, há a negativa das questões de gênero, expressa no silenciamento oficial das pautas que afetam a metade da população brasileira. Qualquer menção a atitudes discriminatórias reais, denunciadas pelas mulheres em pesquisas e em documentários supracitados, é interpretada como estereotipar o profissional.

Essa negação dos determinantes raciais e patriarcais, presentes na segunda linha da argumentação do discurso hegemônico, se articula à negação da violência obstétrica, tratada como um episódio de erro médico e não como rotina. E com a terceira linha de argumentação, a inversão do alvo da violência, da estigmatização do obstetra, a fala das mulheres é revertida contra elas, daí serem acusadas de estigmatizarem o profissional.

Como se vê, no discurso hegemônico, há uma reprodução dos esquemas patriarcais e coloniais de pensamento expressos na negação dos determinantes raciais e sexistas da violência obstétrica. A negação é uma estratégia de silenciamento, de apagamento das reivindicações dos movimentos e organizações



em torno da defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, muito embora a visibilidade da violência obstétrica tenha sido cunhada pelos movimentos de mulheres e feministas e pela humanização do parto desde o final do século passado e tendo galgado alguns avanços, como do ponto de vista legal com leis estaduais, por exemplo, em Pernambuco: Lei 16499 de 06/12/2018 que estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puépera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco.

### **3. Considerações Finais**

A análise tecida até aqui evidencia o longo caminho de disputas para a consolidação do reconhecimento político da violência obstétrica no Brasil, embora o fenômeno tenha suas raízes na institucionalização do parto e nos processos de medicalização dos corpos das mulheres e de pessoas com útero, o termo “violência obstétrica” é uma nomeação recente e tem sido historicamente alvo de negação ou detração conforme demonstram o discurso médico hegemônico presente nos documentos analisados.

Nesta disputa de sentidos a narrativa do discurso médico hegemônico ganha validação por parte do atual Governo Federal que ora censura o uso do termo “violência obstétrica”, ora institucionaliza práticas não recomendadas pela OMS que põe às mulheres e pessoas com útero e seus bebês em risco. As consequências do não enfrentamento da violência obstétrica e das recomendações de práticas sem evidências científicas se aliam a política negacionista do governo frente a pandemia da covid-19 e se expressam em alarmantes números de mortalidade materna por covid-19, sendo o Brasil líder no mundo conforme supracitado.

Os dados ainda revelam que as mulheres negras são as mais vitimadas por esse tipo de violência e pela mortalidade materna, explicitando a relação entre racismo institucional e violência obstétrica, expressando também a necessidade do rompimento do silenciamento imposto sobre esses fenômenos e exigindo o seu real

enfrentamento. O momento atual torna ainda mais imprescindível a vigilância e os processos de resistência das mulheres, mas como poetiza Conceição Evaristo: “A noite não adormece nos olhos das mulheres/ há mais olhos que sono”.

## REFERÊNCIAS

BAIRROS, Luiza. Nossos Feminismos Revisitados. Estudos Feministas, n.2, 1995.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. Interseccionalidade. Editora Boitempo - 1ª Edição - São Paulo, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM repudia campanha do governo sobre preconceito no SUS. 2014. <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25221:cfm-repudia-campanha-do-governo-sobre-o-racismo&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25221:cfm-repudia-campanha-do-governo-sobre-o-racismo&catid=3)> acesso em 11/07/2017.

CHAUÍ, Marilena de Souza. Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas. 12ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CRIOLA. SIQUEIRA, Lia Maria Manso (org.). Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva 2020-2021. Rio de Janeiro: Criola, 2021.

DINIZ, Carmen Simone Grillo. et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. Rev. Interface: comunicação, saúde e educação. 2016.

EVARISTO, Conceição. Poemas da recordação e outros movimentos. 3. Ed. Rio de Janeiro: Malê, 2017.

GOES, Emanuelle. Violência obstétrica e o viés racial. Cientistas Feministas, 08/09/2016. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/> Acesso em 26 de novembro de 2017.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. A. Racismo e antirracismo no Brasil. In: Novos Estudos, n.43, novembro,1995.

SENAPESCHI, Emilia; PERES, Leina (org.). Dossiê de 30 anos da Rede Feminista de Saúde: democracia, saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Curitiba, CRV, 2021.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Sumário Executivo Temático da Pesquisa Nascer no Brasil. FIOCRUZ, 2012.

SÃO PAULO. Você sabe o que é violência obstétrica? 2013. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf>> Acessado em 29 out 2014.

LEAL. Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 2014. 30 suplemento.

PARTO DO PRINCÍPIO MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, Brasília, 2012.

WERNEK, Jurema. Racismo Institucional e saúde da população negra. Saúde Soc. São Paulo. V.25. n.3. 2016.