Ventres livres? Pensando sobre cesariana, violência obstétrica e histerectomia no horizonte da justiça reprodutiva

Giovana Acácia Tempesta¹

Clarissa Lemos Cavalcanti²

Ruhana Luciano de França³

Resumo

O diálogo entre ciências sociais e ciências da saúde vem produzindo reflexões interessantes a respeito das experiências reprodutivas em diferentes contextos sociais. Várias pesquisadoras demonstraram que essas experiências são influenciadas por matrizes de opressão historicamente constituídas e têm conexão direta com as taxas nacionais de morbidade e mortalidade materna e infantil, as quais evidenciam a perpetuação de hierarquias reprodutivas racializadas, resultantes do processo colonial. Neste artigo, propomo-nos a realizar uma revisão bibliográfica sobre aportes das ciências sociais e dos estudos interseccionais e decoloniais que podem contribuir para aprofundar o debate crítico sobre a apropriação biomédica do ciclo reprodutivo das mulheres, focalizando as duas cirurgias ginecológicas mais realizadas no Brasil, a saber, a cesariana e a histerectomia (remoção do útero), bem como a problemática da violência obstétrica. A presente reflexão se desenrola no horizonte político-epistemológico da justiça reprodutiva, fundamenta-se no conceito de racismo estrutural e aposta na educação perinatal crítica como via estratégica para a superação das iniquidades no campo da reprodução.

Palavras-chave

justiça reprodutiva; violência obstétrica; cesariana; histerectomia; educação perinatal crítica.

Abstract

The dialogue between social sciences and health sciences have been generating interesting reflections on reproductive experiences in different social contexts. Several researchers have demonstrated that these experiences are influenced by historically constituted matrices of oppression and have a direct connection with Brazilian rates of maternal and child morbidity and mortality, which show the perpetuation of racialized reproductive hierarchies, resulting from the

¹ Doutora em Antropologia Social na Universidade de Brasília. *E-mail:* giovana.tempesta@gmail.com.

² Pós-graduada em Políticas Públicas e Justiça de Gênero pelo Conselho Latinoamericano de Ciências Sociais. *E-mail:* clarissalc09@gmail.com.

³ Graduada em Ciência Política pela Universidade de Brasília. *E-mail:* ruhanalf@gmail.com.

colonial process. In this article, we propose a bibliographical review on contributions from the social sciences and intersectional and decolonial studies which may help to deepen the critical debate on the biomedical appropriation of women's reproductive cycle, focusing on the two gynecological surgeries most performed in Brazil, namely caesarean section and hysterectomy (removal of the uterus), as well as the problem of obstetric violence. The present reflection takes place within the political-epistemological horizon of reproductive justice, is based on the concept of structural racism and bets on critical-thinking perinatal education as a strategic pathway to overcome inequalities in the field of reproduction.

Keywords

reproductive justice; obstetric violence; caesarean section; hysterectomy; critical-thinking perinatal education.

Introdução

O campo da antropologia médica passou a ser influenciado pelos estudos feministas na década de 1970. No famoso artigo *Gender, body, biomedicine*, Rayna Rapp (2001) aponta como a perspectiva feminista investiu na noção de que o corpo é um espaço de disputa política, analisando criticamente os fundamentos da biomedicina. Nessa esteira, as experiências reprodutivas das mulheres passaram a ser encaradas como possíveis fontes de poder ou de subordinação, emergindo como oportunidade para refletir sobre os arranjos sociais que moldam essas experiências, bem como sobre as diferentes formas de resistência que surgem a partir delas (GINSBURG; RAPP, 1991).

As experiências reprodutivas formam um conjunto amplo que abrange, além da gestação e do parto, o aborto, a contracepção, a esterilização e a gravidez de substituição (“barriga de aluguel”), entre outras. Contemporaneamente, todas essas experiências fazem parte de uma política da reprodução, à medida que são conformadas por relações de poder, criam categorias sociais, constroem identidades e, ao mesmo tempo, possibilitam espaços de contestação, negociação e rupturas. F. Ginsburg e R. Rapp (1991) argumentam que os arranjos sociais locais nos quais as relações reprodutivas estão imersas são inerentemente políticos; as autoras chamam a atenção para as formas como diferentes instituições determinam e constroem os contextos nos quais essas relações são vivenciadas, influenciando a forma como são experienciadas pelas pessoas. Questões como o desenvolvimento econômico e o crescimento populacional, por exemplo, são de interesse dos Estados e são

pano de fundo para a elaboração de políticas de controle de natalidade, para discursos oficiais sobre planejamento familiar e para o desenvolvimento de novas tecnologias reprodutivas. Dessa maneira, relações distantes de poder moldam as experiências reprodutivas locais, as quais são tanto constituídas pelas formas globais de poder como resistem a elas.

Sem pretender menosprezar o valor do redirecionamento ético-epistemológico no campo dos estudos sobre reprodução propiciado pela crítica feminista, no presente artigo gostaríamos de contribuir para o alargamento desse horizonte crítico. Nossa reflexão tem por objetivo estranhar a ideia de “escolha individual”, um dos fundamentos do feminismo liberal, que predomina nos debates contemporâneos sobre parto “mais natural” *versus* cirurgia cesariana (TORNQUIST, 2004; CARNEIRO, 2015; TEMPESTA; CARNEIRO, 2018; TEMPESTA; FRANÇA, 2021; entre outras) e, em alguma medida, também atravessa as decisões de mulheres de classe média sobre a histerectomia (CAVALCANTI, 2019, 2021).

Inspiradas nas ideias de L. Gonzalez (1984), bell hooks (2018), A. Davis (2016, 2019), R. Segato (2012), M. Lugones (2014), L. Ross e R. Solinger (2017), F. Vergès (2020) e R. Zakaria (2021), estamos partindo da premissa segundo a qual a reprodução do corpo social passa necessariamente pela reprodução dos corpos individuais e vice-versa, sendo que, no contexto brasileiro, essa dinâmica reprodutiva é radicalizadora, ou seja, reitera continuamente a hierarquia racial, especialmente por meio da ginecologia e obstetrícia, um saber-poder que inscreve no corpo da mulher branca os signos da modernidade, enquanto continua brutalizando o corpo das mulheres não brancas.

Nesse sentido sublinhamos, juntamente com determinadas atrizes sociais (sobretudo doulas e educadoras perinatais que lutam pela inclusão desse serviço no SUS) e determinadas autoras (sobretudo pesquisadoras alinhadas ao feminismo negro e interseccional), a vigência de hierarquias ou fronteiras reprodutivas racializadas, a fim de ganharmos distância em relação à ideia de escolha individual e de nos aproximarmos de um enquadramento sistêmico, que permite situar as decisões das pessoas de carne e osso no interior de uma estrutura social que reitera, ao longo do tempo e de múltiplas formas, iniquidades cruzadas de gênero, raça/etnia, classe, sexualidade e deficiência, tanto dentro como fora do campo da reprodução.

Desde os anos 1990 o referencial da justiça reprodutiva, que correlaciona de modo interessante as proposições do feminismo negro e interseccional e da mirada decolonial, visando à concretização, nos contextos locais, dos direitos

sexuais e reprodutivos, vem colocando no centro dos debates sobre reprodução a problemática da justiça social. Nessa perspectiva, a dimensão coletiva dos assuntos relacionados à reprodução ganha destaque e abre novas trilhas de análise e atuação.

No presente trabalho apresentaremos inicialmente algumas ideias-chave concernentes ao referencial da justiça reprodutiva, associando-as ao enquadramento do racismo estrutural, a fim de nos determos nos casos etnográficos da cesariana e da histerectomia, as duas cirurgias ginecológicas mais realizadas no Brasil⁴. Recuperaremos brevemente a história da consolidação da ginecologia e obstetrícia como saber legitimado para tratar o corpo feminino e suas manifestações orgânicas, com atenção especial para a formação dos profissionais, buscando aproximar os contextos brasileiro, holandês, sul-africano e norte-americano. A partir desse exercício, delinearemos a hipótese segundo a qual a categoria “violência obstétrica” emerge como um índice do processo mais amplo de colonização da reprodução em escala global, pois, como numa relação figura-fundo, a problemática da violência obstétrica parece encompassar simbolicamente diferentes experiências relacionadas ao útero: tanto sua abertura (seja a fisiológica, que ocorre no parto vaginal, seja a cirúrgica, que ocorre na cesariana) como sua remoção (na histerectomia) ou a interrupção de seu funcionamento (na esterilização). Por fim, trataremos da doulagem associada à educação perinatal crítica, um saber-fazer contra-hegemônico no campo da reprodução, que insiste na valorização da multiplicidade das experiências reprodutivas e no aspecto relacional do cuidado a ser disponibilizado para as pessoas que passam por essas experiências.

Antes de prosseguir, é importante explicar que doulas e educadoras perinatais são profissionais que prestam apoio físico, emocional e informativo a pessoas durante a gestação, o parto e o pós-parto. Já a educação perinatal crítica (TEMPESTA, G. A.; FRANÇA, R. L., 2021) pode ser definida sucintamente como um saber-fazer de base popular voltado à difusão de informações científicas e “tradicionais” relacionadas à reprodução, que propicia o compartilhamento não hierárquico e seguro de experiências de

⁴ Para tanto, estamos nos valendo de dados etnográficos reunidos em pesquisas que realizamos anteriormente, a saber: G. Tempesta realizou uma pesquisa com doulas e educadoras perinatais, focalizando a temática da violência obstétrica; R. França pesquisou a circulação da categoria violência obstétrica no debate público brasileiro, com ênfase em audiências públicas; C. Cavalcanti pesquisou a percepção da histerectomia por mulheres brasileiras. Parte da discussão aqui realizada já vinha tomando corpo em um diálogo iniciado entre as três autoras no âmbito do Departamento de Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UnB.

gestação, parto, abortamento e puerpério, visando a transformar a forma como a sociedade brasileira percebe o parto. Estamos considerando a doulagem associada à educação perinatal crítica como uma espécie de linha de força no interior do movimento de humanização do parto e nascimento⁵, que tem por objetivo transformar a cultura do parto e superar as iniquidades em saúde, as quais se exprimem, por exemplo, em taxas de morbimortalidade materno-infantil comparativamente muito superiores entre mulheres e bebês não brancos (LEAL *et al.*, 2017).

Ginecologia e obstetrícia como tecnologia de colonização da reprodução

No imbricamento da corporalidade e da subjetividade, as políticas reprodutivas são delineadas e vivenciadas de formas distintas nos variados contextos nacionais, a depender da configuração das matrizes de opressão, por isso acreditamos que uma mirada transnacional contribuirá para enriquecer a nossa argumentação e também para estimular a formulação de novas perguntas sobre o cenário gineco-obstétrico brasileiro.

No Brasil, o conceito de hierarquias reprodutivas (MATTAR; DINIZ, 2012), cunhado no campo da saúde coletiva, chama a atenção para os marcadores sociais – sobretudo raça/etnia e classe – que moldam as experiências reprodutivas. Por sua vez, nos Estados Unidos a antropóloga afro-americana D.A. Davis (2018) propõe o conceito de racismo obstétrico para analisar o papel do racismo nos desfechos de parto negativos entre mulheres negras de todas as classes sociais⁶.

Importa enfatizar que, historicamente, o desenvolvimento da medicina moderna foi decisivo para que o corpo feminino e os eventos reprodutivos passassem a ser controlados pelos Estados nacionais, no interesse da

⁵ Esse movimento surgiu nas últimas décadas do século XX, formado por um conjunto heterogêneo de atores sociais que se organizou em grandes cidades no Centro-Sul do país para fazer a crítica ao modelo obstétrico hegemônico, que se apoia na patologização e medicalização das experiências de gestar e parir, e para reivindicar um atendimento mais respeitoso para as mulheres; o movimento tinha como alvo inicial as taxas alarmantes de cesariana, observadas principalmente em instituições de saúde particulares. O movimento já obteve conquistas importantes, como a aprovação de leis e a elaboração de políticas públicas, especialmente a Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), que começou a ser implementada no ano 2000.

⁶ D.A. Davis (2018) se refere ao conjunto de violências e negligências sofridas pelas mulheres, bebês e famílias afro-americanas no interior dos serviços de saúde, analisado através das lentes do racismo estrutural, que produz efeitos sistêmicos e de longo prazo.

consolidação do sistema capitalista (FEDERICI, 2017). No século XIX, a problemática do controle de natalidade norteou o delineamento de políticas e modelos de assistência calcados em preceitos eugenistas e racistas. No campo da medicina moderna, várias pesquisadoras demonstraram que sexo e raça se tornaram parâmetros universais para definir e tratar fenômenos que extrapolam a esfera orgânica. Simbolizados como atributos naturais, sexo e raça passaram a orientar, veladamente, um conjunto de técnicas e procedimentos qualificados como propriamente científicos, ou seja, neutros e objetivos.

Existem diversas semelhanças no ramo da ginecologia e obstetrícia em contextos tão distintos como os Estados Unidos e o Brasil, por exemplo. No contexto norte-americano, D. Cooper Owens (2018) disserta sobre a centralidade da raça no processo de constituição da ginecologia no século XIX, por meio do acesso aos corpos das mulheres negras escravizadas, tratadas como cobaias em pesquisas e experimentos médicos. Dessa maneira, a ginecologia tomou os corpos dessas mulheres como base para seu desenvolvimento técnico, preocupando-se com sua saúde, a fim de que pudessem continuar gerando filhos e, conseqüentemente, lucro para os escravocratas.

No contexto brasileiro, F. Rohden (2001) e E. Meloni Vieira (2015) escreveram sobre o desenvolvimento da medicina e suas implicações para a corporalidade e a subjetividade feminina, evidenciando a naturalização dos corpos das mulheres a partir da definição de suas funções orgânicas. A apreensão científica das experiências orgânicas das mulheres contribuiu (e ainda hoje contribui) para a disciplinarização de seus corpos e comportamentos, por meio da criação de padrões de normalidade e da patologização de processos orgânicos. A esse respeito, o primoroso trabalho elaborado por E. Martin (2006) nos anos 1980 permanece referência incontornável para as reflexões sobre parto e tecnologias reprodutivas; a autora chama a atenção para o efeito fragmentador da ginecologia e obstetrícia do final do século XX, que induzia as mulheres a simbolizarem as experiências de menstruação, parto e menopausa em termos de metáforas associadas à produção industrial.

Hoje acredita-se amplamente que o recurso a biotecnologias obstétricas assegura maior previsibilidade, assepsia e segurança para todos os envolvidos (mulheres, bebês e profissionais), portanto maior distância em relação a processos tidos como “naturais”. Ademais, a própria fisiologia feminina é normalizada mediante a definição de padrões rígidos, como um número máximo de semanas para a gestação, um número máximo de horas de trabalho

de parto e o monitoramento constante dos sinais vitais durante o trabalho de parto. Eventuais “desvios” em relação a esses padrões podem ser prontamente “corrigidos” por meio de intervenções protocolares percebidas como “salvadoras”, a exemplo da episiotomia e da cesariana eletiva.

Podemos identificar continuidades no campo da reprodução desde os primórdios da colonização (STOLCKE, 2006; DEL PRIORE, 2009; SCHWARCZ, 2003), quando os filhos das mulheres negras escravizadas eram tratados como mercadoria, até o século XX (MOTT, 2002; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; PALHARINI; FIGUERÔA, 2018), quando os médicos dispensavam especial atenção às mulheres brancas da elite, enquanto as mulheres negras empobrecidas eram relegadas à própria sorte ou recrutadas como cobaias para o desenvolvimento de tecnologias que seriam destinadas às mulheres que pudessem arcar com os custos envolvidos. No final do século XX, a analgesia de parto e a cesariana já eram consideradas os símbolos máximos do parto moderno, “civilizado”, que, de acordo com a classificação de R. Davis-Floyd (2001), corresponde ao modelo obstétrico tecnocrático. Entretanto, ainda hoje predomina o parto assistido por parteira nos interiores do país, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, sem que haja uma política pública robusta de suporte a esse ofício⁷.

As continuidades concernem também à formação em obstetrícia. No contexto brasileiro, S. Hotimsky e L. Schraiber (2005) e C. S. G. Diniz *et al.* (2016) demonstraram que, a despeito da existência de diversas correntes e propostas de intervenção, a cultura médica na qual os estudantes são formados se caracteriza por uma ideologia que reifica, dissocia e hierarquiza as dimensões da “competência” e do “cuidado”. O conhecimento técnico e científico é apresentado como “neutro”, por oposição à dimensão intersubjetiva do ato assistencial, que corresponde à linguagem dos valores e emoções. Insiste-se em uma concepção do conhecimento científico como “fato” destituído de valor, bem como na premissa segundo a qual a aplicação de protocolos fixos é mais benéfica e segura para pacientes e médicos. Ademais, a fisiologia do parto é apreendida pelas lentes da patologização. Outrossim, tradicionalmente as maternidades públicas, frequentadas sobretudo por mulheres negras e empobrecidas, são os locais privilegiados para a realização do estágio em ginecologia e obstetrícia.

⁷ Ver, por exemplo, as etnografias de S. Fleischer (2010) sobre parto em contexto amazônico e de A. Tófoli (2020) sobre parto entre os povos Tapeba e Tremembé no Ceará.

Em um artigo de fôlego no qual comparam os contextos obstétricos holandês e sul-africano, as pesquisadoras holandesas R. van der Waal *et al.* (2021) apresentam elementos semelhantes aos indicados no contexto brasileiro, mas propõem novas trilhas de análise. No referencial teórico elaborado por A. Mbembe e pela brasileira Denise Silva, elas defendem que o treinamento em obstetrícia produz o sujeito obstétrico moderno por meio do englobamento de seu outro materno afetável, racializado na lógica do *apartheid* e da obliteração, por meio da biopolítica e da necropolítica.

Para as autoras, que criticam a interpretação culturalista que R. Davis-Floyd propôs para o contexto norte-americano, o rito de passagem na formação em obstetrícia consiste em uma instituição necropolítica que engloba a mãe de cor através da negação, ao invés da afirmação da vida. Não se trata de uma simples transição tecnológica para um modelo de parto, mas de uma iniciação em uma posição subjetiva ativa, assertiva e responsiva que é fundada na opressão e na obliteração do outro materno (VAN DER WAAL *et al.*, 2021, p. 3); nesses termos, o sujeito obstétrico é o médico ou a *midwife* (parteira), não a pessoa que dá à luz.

A obstetrícia se apoiaria, assim, no conhecimento obtido sobre (e contra) o corpo feminino durante o período colonial e escravocrata e contemporaneamente aplicaria a biopolítica e a necropolítica a sujeitos produzidos como diferentes, racializados e com distintas vulnerabilidades. As pesquisadoras se detêm no processo de desenvolvimento de estratégias científicas que encapsularam o corpo das mulheres brancas por meio de um confinamento biopolítico que focalizava o aprimoramento da reprodução dos brancos, ao passo que as mulheres negras foram encapsuladas em um lócus público necropolítico, no qual seus corpos se tornavam disponíveis para o desejo masculino (*idem, ibidem*, p. 6), por isso as autoras falam em *apartheid* obstétrico. Desse modo, os corpos femininos não brancos ou não europeus se tornaram mais propensos às influências externas, ou seja, esses corpos podem ser violentamente encapsulados com maior facilidade.

Ainda de acordo com o artigo (VAN DER WAAL *et al.*, 2021), durante a formação profissional dos obstetras (mas também das parteiras na Holanda), os interesses dos residentes e os das parturientes são constituídos como conflitantes, na medida em que a responsabilidade (o domínio da técnica) é vista como mais importante que o respeito pela parturiente. Nesse modelo de assistência, o residente aprende, fundamentalmente, a cruzar o limite pessoal do outro. Nesse sentido, a violência é parte necessária do treinamento em obstetrícia, e o trauma é constitutivo da subjetividade obstétrica.

As autoras desenvolvem a hipótese segundo a qual a recorrência da violência como parte do treinamento dos obstetras em países muito diferentes indica a existência de uma continuidade colonial global no interior do sistema obstétrico internacional. Elas lançam algumas perguntas cruciais como: por que a violência obstétrica é parte necessária da iniciação na instituição obstétrica? Por que o sujeito obstétrico precisa da violência obstétrica para se constituir e afirmar? E por que parece impossível tratar as parturientes com respeito? (idem, *ibidem*, p. 2-3).

Perguntas dessa natureza parecem ecoar no campo da saúde coletiva brasileira. No que se refere à cena de parto em contexto urbano, no Brasil, no século XXI, pesquisadoras da saúde coletiva vêm sublinhando a importância de considerar que a estratificação social leva a uma distribuição racializada das tecnologias reprodutivas, associada à disponibilidade diferencial dos serviços de saúde e às expectativas sociais sobre a maternidade, de modo que mulheres brancas e não brancas ocupando diferentes posições socioeconômicas, e vivendo em lugares diferentes, experienciam seus processos reprodutivos de maneira desigual.

Como um desdobramento dessa reflexão de inspiração foucaultiana, propomos um paralelo com uma pesquisa realizada no horizonte da racialização dos processos de saúde-doença, que focalizou exames clínicos laboratoriais para diagnóstico da leucopenia e do glaucoma. Dialogando com J. Butler e F. Rohden, T. Muniz (2021) se dedicou a compreender como a raça pode se materializar por meio das biotecnologias, considerando que a biomedicina produz substâncias para as diferenças, ou seja, produz corpos que se comunicam na linguagem da norma (“normais”) e corpos que não se comunicam nessa linguagem (“desviantes”, refratários à intervenção tecnológica). A autora recusa o modo automatizado e pretensamente neutro de lidar com as biotecnologias e demonstra:

[...] a raça não é apenas uma variável discursiva ou epidemiológica, mas é dotada de uma materialidade introjetada nos copos dos sujeitos, via processos de racialização e exposição às vulnerabilidades decorrentes do racismo. Mas, além de se materializar nos processos psicossomáticos, a raça se materializa na regulação dos corpos a partir do alto da produção do conhecimento biomédico, na medida em que se constitui como tecnologia estruturante, presente na produção e operacionalização dos artefatos biotecnológicos que apresentam eficácia apenas para determinados corpos, em detrimento de outros. (MUNIZ, 2021, p. 350).

Voltando ao campo dos estudos antropológicos sobre parto e reprodução, temos a pesquisa sobre a Rede Cegonha (política vinculada ao PHPN) na Bahia

realizada por E. Williamson (2021). Inspirada no conceito de “racismo obstétrico” cunhado pela antropóloga afro-americana Dána-Ain Davis, Williamson enfatiza a necessidade de colocar a questão racial no centro do debate sobre saúde materno-infantil no Brasil e afirma que, em si, o racismo obstétrico é iatrogênico e se articula ao racismo estrutural, que foi definido por S. Almeida (2018) como uma forma de organização das relações sociais que produz o encarceramento em massa da população negra, o genocídio da juventude negra, a segregação territorial, a dificuldade de acesso a serviços públicos⁸ e tantas outras mazelas. Williamson apresenta a hipótese segundo a qual uma lógica necropolítica de governança reprodutiva perpassa o sistema de saúde brasileiro.

Em resumo, as leituras feministas sobre a reprodução indicam que a especialidade da ginecologia e obstetrícia busca reduzir a multiplicidade empírica das experiências de gestar e parir a um número restrito de padrões, bem como limitar o campo de significados que podem ser atribuídos ao útero, estreitando o espectro do “normal” e ampliando o espectro do desviante ou patológico. Complementarmente, ao assumirmos lentes de análise antirracistas, interseccionais e decoloniais, percebemos que a colonização da dimensão orgânica (fisiologia do parto) se processa segundo uma hierarquia racial que faculta a possibilidade de escolha para poucas mulheres, perpetuando-se iniquidades no campo da reprodução ao longo das gerações.

Outrossim, é necessário considerar que, enquanto tecnologia racializadora, a ginecologia e obstetrícia produzem tanto a negritude como a branquitude. Nesse sentido, a cesárea eletiva e a histerectomia encapsulam e produzem o corpo da mulher branca como corpo normativo, passível de receber intervenções de alta complexidade, ao passo que os corpos não brancos são relegados à negligência, ao tratamento aviltante e a esterilizações compulsórias.

Colonizando corpos e subjetividades, o campo da ginecologia e obstetrícia parece pretender definir um padrão de funcionamento “normal” para o útero, por meio de intervenções mais ou menos invasivas no corpo das mulheres; todavia o parâmetro pretensamente universal de funcionamento normal é aquele que se configura a partir das intervenções tecnológicas voltadas aos corpos brancos, em oposição ao tipo de intervenções realizadas nos corpos não brancos. Simultaneamente, o conjunto de significados e valores em torno da reprodução vai se reduzindo, assim como se definem rigidamente quem são os

⁸ A pesquisa realizada por E. Goés e E. Nascimento (2013) sobre as barreiras de acesso racializadas a serviços preventivos de saúde das mulheres na Bahia corrobora esse argumento.

atores que podem tomar decisões e em quais circunstâncias, achatando-se o rol das experiências reprodutivas.

Bem, se a questão da reprodução e dos processos fisiológicos femininos vem dividindo feministas ao longo das décadas, é possível que o empenho na descolonização epistemológica da esfera da reprodução reverbere na descolonização do feminismo, no sentido proposto por feministas negras e decoloniais, como F. Vergès (2020), para quem o alvo principal do feminismo é o ecossistema social (patriarcado-racismo-capitalismo) e sua teia exploratória e discriminatória. Por sua vez, o referencial da justiça reprodutiva nos convida a revisar os pressupostos liberais dos direitos sexuais e reprodutivos, então vamos a ele.

O aporte ético-epistemológico da justiça reprodutiva

Como implementar os direitos humanos no campo da reprodução em um país de história escravocrata marcado pelo racismo estrutural como o Brasil? Para tentar construir uma resposta possível a essa pergunta crucial, estamos nos apoiando no referencial da justiça reprodutiva.

Este é um enquadramento epistemológico e um movimento político que se apoia nas abordagens interseccional e decolonial e nas contribuições do feminismo negro para evidenciar as disparidades nas experiências reprodutivas e sublinhar a necessidade de aliar a luta dos direitos sexuais e reprodutivos à luta mais ampla por justiça social (ROSS; SOLINGER, 2017). Um marco formal importante nesse horizonte é a Declaração de Cairo, documento resultante da Conferência de População da ONU de 1994, que enfatiza a decisão autônoma sobre ter filhos, quantos e quando, bem como a existência de condições para cuidar deles.

A justiça reprodutiva traz para o centro do debate as experiências coletivas ou comunitárias, focalizando os impactos das políticas públicas ou sua ausência para uma comunidade, não apenas para os indivíduos isoladamente. Essa perspectiva integrada das demandas demonstra como as experiências no campo da reprodução não podem ser apartadas do contexto social específico em que ocorrem e, por isso, não é possível falar sobre aborto, planejamento familiar, gravidez, parto e parentalidade sem considerar os marcadores sociais de gênero, raça, classe e deficiência, entre outros.

Esse enquadramento teórico tem se mostrado muito útil para dar conta da complexidade das demandas e experiências de grupos vulnerabilizados, os

quais, historicamente, tendem a ser invisibilizados nos movimentos sociais⁹. Quando pensamos na história do feminismo ocidental, é evidente a primazia dos problemas vividos por mulheres brancas de classe média no delineamento das pautas prioritárias do movimento. A crítica a esse feminismo já foi feita por diversas pensadoras e ativistas não brancas, inclusive porque ele por vezes não se opôs a discursos racistas e eugenistas que previam o controle de natalidade compulsório de mulheres negras e indígenas.

Feministas negras como bell hooks (2018) e A. Davis (2016) problematizaram o caráter restritivo das pautas do feminismo liberal, que, nos anos 1970, nos Estados Unidos, priorizou a luta pelo aborto seguro, enquanto as mulheres negras priorizavam o direito de ter filhos e de cuidar deles.¹⁰ De acordo com A. Davis (2016), a realidade das esterilizações forçadas, hysterectomias desnecessárias e a impossibilidade de exercer a maternidade para as mulheres negras era desconsiderada pelas ativistas brancas de classe média, de modo que aquilo que era demandando como um direito pelas mulheres brancas – o direito de não ter filhos – era vivido como uma obrigatoriedade e um pesar pelas mulheres negras.

P. Hill Collins e S. Bilge (2021) explicam que a justiça reprodutiva entrelaça saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos, visando a transformar os direitos humanos formais em direitos reprodutivos substantivos. Assim:

As instituições sociais, principalmente os governos, são obrigados a garantir condições sociais que promovam os direitos reprodutivos de mulheres e meninas. Isso pode significar resolver questões ligadas à moradia, o acesso a água potável, segurança alimentar, poluição do ar e riscos ambientais, como residir perto de indústrias que possam provocar problemas de saúde. (ibidem, p.134).

Essa concepção ampla de justiça reprodutiva traz para o centro da reflexão as condições sociais estruturais em que as experiências pessoais são vivenciadas. Se considerarmos os contextos das democracias ocidentais calcadas na ideologia neoliberal, vemos como o conceito de “escolha”, muitas vezes reivindicado nos movimentos feministas que pautam a autonomia corporal, é alheio à realidade de muitas mulheres e pessoas com útero.

⁹ Vale lembrar que, de acordo com Collins e Bilge (2021), “vulnerabilidade” não é uma categoria absoluta; etnia, raça, *status* econômico, idade etc. não são categorias que se alinham perfeitamente, tampouco são equivalentes ou intercambiáveis em termos universais.

¹⁰ A literatura sobre aborto no Brasil e em outros países é relativamente extensa; aqui destacamos o artigo de E. Góes (2019) sobre a pauta da descriminalização do aborto como estratégia de enfrentamento ao racismo, no horizonte da justiça reprodutiva.

Restringir as decisões reprodutivas à ideia de escolha sugere que as pessoas agem de forma livre e desimpedida, independentemente dos recursos materiais disponíveis e do apoio da família e da comunidade (ROSS; SOLINGER, 2017).

Embora a discussão sobre justiça reprodutiva esteja se aprofundando nos Estados Unidos desde os anos 1990, ativistas negras brasileiras afirmam que por aqui uma reflexão e atuação convergentes começaram a ganhar forma nos anos 1980, ainda que de forma difusa, sem que tenha sido reconhecida pela academia. Em 2021, no 1.º Seminário de Católicas pelo Direito de Decidir sobre Justiça Reprodutiva e Religião (on-line), a ativista negra Fernanda Lopes, diretora de programa do Fundo Baobá para Equidade Racial, afirmou que “justiça reprodutiva” é um conceito potente, que está em construção e em disputa, e que nos convoca para a mudança sistêmica; trata-se, em suma, de uma estratégia para construir um ambiente mais favorável para que todos tenham reais possibilidades de tomar decisões sobre seu destino reprodutivo.¹¹

De acordo com Fernanda Lopes, a agenda dos direitos sexuais e reprodutivos deve necessariamente se articular às lutas por abolicionismo penal, educação de qualidade, distribuição de renda justa e outras lutas conexas. Assumindo que o capitalismo necessita de corpos descartáveis para se reproduzir, ela se pergunta como é possível tornar realidade os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas marginalizadas. Ela argumentou que, nas duas últimas décadas, os índices de mortalidade materna caíram no Brasil de modo global, mas as mulheres negras continuam morrendo 2,5 vezes mais que as brancas. Para a ativista, a educação em sexualidades (no plural) é uma via privilegiada para a construção de uma autonomia reprodutiva ancorada na superação das iniquidades sociais.

Já indicamos que pesquisadoras da área de ciências sociais e humanas escrevendo no Norte global e pesquisadoras das áreas da saúde coletiva e dos estudos feministas no Brasil vêm demonstrando a conexão entre racismo e taxas de morbi-mortalidade materno-infantil, porém, até o momento, são raros os trabalhos disponíveis na seara da antropologia brasileira que analisam de forma mais acurada essa conexão. Então vejamos agora como o referencial da justiça reprodutiva pode contribuir para ampliarmos a compreensão dos fundamentos opressores da ginecologia e obstetrícia.

¹¹ “Justiça Reprodutiva no Brasil: um tema em construção”, 21 de julho de 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=1bLGxSb9F30&t=1012s>> Acesso em 06 fev. 2022.

Cesariana e violência obstétrica

Ao reivindicar o protagonismo da mulher na cena de parto e ao questionar o uso “excessivo” de tecnologias complexas no parto, o movimento brasileiro de humanização do parto e nascimento vem desvelando diferentes aspectos colonialistas da biomedicina e das biotecnologias. Nessa esteira, o movimento representa uma possibilidade de descolonização da noção de sujeito na qual se apoia a especialidade da ginecologia e obstetrícia (PIMENTEL *et al.*, 2014). Na presente seção, nós nos dedicaremos a duas linhas de força no seio do movimento: a problematização da cesariana eletiva e a consolidação da categoria “violência obstétrica”.

De acordo com C. de M. e Souza (1994 *apud* HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005, p. 647), o processo de construção da cesárea como tipo ideal de parto no Brasil, contrariando todas as evidências epidemiológicas concernentes aos riscos e à saúde da mãe e do bebê, implicou a sua valorização como um tipo de parto “moderno”, “indolor”, “seguro” e “eficiente”. Sabe-se que o uso indiscriminado da cesariana traz sérios riscos para a saúde da mãe e do bebê, como maior risco de sangramento, necessidade de transfusão de sangue e de histerectomia. Além de comprometer o futuro reprodutivo das mulheres, o risco de morte materna é maior em uma gestação após uma cesariana, devido ao aumento da probabilidade de ruptura uterina e outras morbidades em gestações subsequentes (SANDALL *et al.*, 2018).

Os pesquisadores A. Nakano, C. Bonan e L. Teixeira (2016) oferecem relevantes contribuições para entendermos como a cesárea se constituiu, paulatinamente, como substituta do parto vaginal, por meio do engendramento de uma equivalência simbólica entre um evento fisiológico e uma técnica “perfeita”. Tomando como referência a escola obstétrica do Rio de Janeiro, eles demonstram como a ideologia do progresso técnico e científico é eficiente em naturalizar e despojar de conflitos e interesses o processo de substituição das práticas antigas pelas modernas, apresentando as mudanças tecnológicas como uma necessidade histórica.

Complementarmente, A. Nakano, C. Bonan e L. Teixeira (2016) esclarecem que, neste início do século XXI, popularizou-se a “cesárea a pedido” (cirurgia que não se fundamenta em indicações clínicas objetivas), um procedimento que, embora tenha como primeiro ponto articulador a solicitação da gestante, acaba obliterando o protagonismo da mulher. Isso porque, na prática, os argumentos que justificam o atendimento ao pedido não tomam a mulher como sujeito da decisão sobre o parto, mas sim o médico, que realizará a

cirurgia sem sequer se dar ao trabalho de explicar à paciente os riscos envolvidos no procedimento, a ausência de explicação sendo justificada pelo argumento da proteção à saúde mental da mulher (NAKANO ; BONAN ; TEIXEIRA, 2016, p. 164).

Podemos perceber que essa é a fonte de sentido da qual derivam iniciativas legislativas conservadoras, como o famigerado Projeto de Lei n.º 435/2019 (que ficou conhecido como “PL das cesáreas”), que “garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da 39.ª semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal”. O PL tramitou em regime de urgência na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo e, depois de apenas quatro meses, transformou-se na Lei n.º 17.137/2019. O texto do PL foi replicado em vários outros estados, sem que tivesse sido realizado um debate mais aprofundado sobre a matéria. Entretanto, ativistas do parto respeitoso se articularam com rapidez e, em julho de 2020, o Tribunal de Justiça de São Paulo decidiu pela inconstitucionalidade da lei (TEMPESTA; FRANÇA, 2021).

Nas audiências públicas realizadas para debater o referido projeto de lei, os defensores da proposta sublinharam o direito individual da parturiente a não sofrer ou a não sentir dor, reiterando a normalização da cesariana e da analgesia de parto como sinônimos de evolução da ciência (por oposição à dor entendida como signo de “atraso” ou precariedade) e esvaziando a discussão de seu conteúdo político.

De outra parte, nos últimos anos, tanto no Brasil como em outros países da América Latina, e posteriormente na Europa e nos Estados Unidos, no bojo do movimento de humanização do parto, um número crescente de mulheres e doulas vêm impulsionando na cena pública a discussão sobre “violência obstétrica” (QUATTROCCHI; MAGNONE, 2020). Essa categoria, que não consiste em um conceito fechado, mas busca articular sentidos em torno do conjunto de violências que as mulheres podem sofrer durante a gestação, o parto e o pós-parto, sintetiza o “direito a narrar” um sofrimento que por muito tempo foi invisibilizado e naturalizado pelo conjunto da sociedade (TEMPESTA; FRANÇA, 2021).

É importante enfatizar que a violência obstétrica não se confunde com “erro médico”. Enquanto erro médico envolve uma ação prescrita pela medicina, praticada de forma imprudente, negligente ou com alguma imperícia, a violência obstétrica abarca um comportamento por parte dos profissionais da saúde que não deveria acontecer de forma alguma, afinal, o que as mulheres estão afirmando ao mobilizar essa categoria é que grande parte dos

procedimentos obstétricos realizados sistematicamente pelos profissionais é violento. Violência obstétrica e erro médico até podem coexistir, mas a violência obstétrica tem sido apontada por ativistas como uma violação dos direitos humanos das mulheres (FRANÇA, 2020).

Muitas das ações recentemente entendidas como violência obstétrica fazem parte dos protocolos hospitalares, são tidas como padrão de assistência e, em alguns casos, podem, inclusive, ser percebidas como sinônimo de bom atendimento médico, de modo que a ausência da postura intervencionista do profissional de saúde por vezes é entendida como descaso, como demonstraram O. Hirsch e S. Mendonça (2020), no caso de mulheres de classes populares.

Ao narrar publicamente o sofrimento decorrente desse tipo de violência, as ativistas acabam agregando elementos relevantes ao questionamento do saber-poder biomédico e de seu êxito em naturalizar e perpetuar práticas e comportamentos que ferem o direito à autodeterminação, à dignidade e à integridade física das pessoas. O discurso das ativistas surge então como um agenciamento criativo com relação à autoridade científica, pois, ao questionar os procedimentos que fazem parte da categoria de violência obstétrica, mulheres com alto nível de escolaridade e doulas vêm se apropriando de pesquisas e produções científicas desenvolvidas sob o marco da “MBE” (medicina baseada em evidências científicas atualizadas), apontando que muitas práticas ainda utilizadas são comprovadamente prejudiciais à saúde.

Pesquisadoras e ativistas em diversos países já propuseram que a violência obstétrica é uma forma de punição sexual (SENA, 2016; FERREIRA, 2019), um dispositivo para engendrar o gênero feminino (BELLÓN SÁNCHEZ, 2015; SHABOT, 2016)¹² ou a posição de sujeito passivo (VAN DER WAAL *et al.*, 2021)¹³. De nossa parte, convergindo com os *insights* mais gerais de J. Butler (1999) e de T. Muniz (2021), bem como com as ideias de D-A. Davis (2018, 2019) e E. Williamson (2021) sobre parto e reprodução, sugerimos que a violência obstétrica difunde uma mensagem simultaneamente objetificadora (de gênero) e racializadora no campo da reprodução, que acaba por reiterar as hierarquias ou fronteiras reprodutivas.

¹² Para Shabot (2016), trata-se de produzir corpos dóceis, propriamente femininos, na cena de parto.

¹³ As pesquisadoras holandesas afirmam que a violência obstétrica é o meio pelo qual a parturiente é inscrita no registro da afetabilidade, i. e., é excluída da autonomia, da racionalidade e da autodeterminação, sendo afastada da conexão relacional e do cuidado; em suma: o corpo em trabalho de parto deve necessariamente ser mantido passivo.

Estamos assumindo que, no Brasil, o racismo estrutural baliza a perpetração da violência obstétrica. Dados do Ministério da Saúde divulgados pela revista *Gênero e Número* apontam que mulheres pretas têm duas vezes mais chance de morrer durante o parto do que mulheres brancas¹⁴, isso porque são muitas vezes negligenciadas. Mulheres negras sofrem menos intervenções no parto, recebem menos anestesia local durante procedimentos invasivos, como a episiotomia, e têm um pré-natal com menor número de consultas do que as mulheres brancas¹⁵. No caso das adolescentes, dados obtidos em uma pesquisa sobre gravidez e maternidade na adolescência na Bahia indicam que 64% das meninas brancas têm acesso adequado ao pré-natal, enquanto apenas 50% das meninas negras e 30% das meninas indígenas têm esse acesso¹⁶.

De outro lado, cabe considerar que, embora a OMS recomende que as taxas de cesariana não superem 15% do total de partos, a indisponibilidade do procedimento para os casos de real necessidade pode ser um problema tão grave quanto seu excesso, com sérias repercussões para a saúde de mulheres e recém-nascidos, como demonstrou uma pesquisa realizada entre os anos 2000 e 2015, que reuniu dados de 169 países (SANDALL *et al.*, 2018). Com o aumento massivo de partos hospitalares, ampliou-se o número de cirurgias cesarianas; no entanto, em alguns países, sobretudo na África oriental e central, a porcentagem de partos por via cirúrgica ainda está abaixo de 9%.

Vale registrar ainda que a pandemia da Covid-19, iniciada em março de 2020, acentuou as iniquidades de raça e classe no campo da saúde sexual e reprodutiva brasileira. Apesar de as mulheres gestantes terem sido inseridas no grupo de maior risco para complicações decorrentes da Covid-19, o Estado foi moroso em iniciar a sua vacinação. Além disso, a presença de doulas e acompanhantes durante o parto foi (e continua sendo) negada para a grande maioria das mulheres. Dados do Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 mostram que a taxa de mortalidade materna no Brasil passou de 6,7%, no ano de 2020, para 12,6% em 2021. Considerando o total de mulheres grávidas e

¹⁴ Os dados foram obtidos do Ministério da Saúde via Lei de Acesso à Informação em 2018. Disponível em: <<https://www.generonumero.media/racismo-mortalidade-materna/>> Acesso em: 20 fev. 2022.

¹⁵ Dados da pesquisa Nascer no Brasil, realizada pela Fiocruz entre os anos de 2011 e 2012. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

¹⁶ Disponível em: <https://almapreta.com/sessao/cotidiano/meninas-negras-e-indigenas-tem-um-pior-acesso-ao-pre-natal-indica-pesquisa?fbclid=IwAR3nOMGSLGy3TEuWLGHS-wGfUQZMejb74UfiwuLMshw_rfKshzUdBxMHTiU>. Acesso em: 12 de janeiro de 2021.

puérperas mortas em decorrência da Covid-19, as mortes de mulheres negras superam em 78% os óbitos das brancas¹⁷.

Diante do exposto, entendemos que o campo da ginecologia e obstetrícia é inerentemente violento e que a violência obstétrica parece ser apenas a ponta de um imenso *iceberg*.

Histerectomia e esterilizações

A reflexão sobre a cirurgia cesariana e sobre violência obstétrica é de suma importância para evidenciar os pressupostos racistas e sexistas que balizam os protocolos e a formação em ginecologia e obstetrícia. Nesta seção apresentaremos um contraponto entre esterilização compulsória e histerectomia¹⁸, focalizando alguns valores e significados contrastivos que contribuem para nossa reflexão sobre hierarquias ou fronteiras reprodutivas.

A esterilização compulsória já foi usada em diferentes contextos e momentos históricos contra mulheres e pessoas em situação de vulnerabilidade social, classificadas como indesejáveis. Um caso emblemático foi a iniciativa norte-americana em Porto Rico, em meados do século XX, quando mais de um terço da população feminina foi esterilizada sem consentimento (PROENÇA ; SECCO, 2021). No Brasil, denúncias sobre o alto índice de laqueaduras levaram à criação de uma CPMI em 1990 para investigar as esterilizações em massa de mulheres. À época, 45% das mulheres em idade reprodutiva e em união estável foram esterilizadas, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde (ALVES, 2018). Infelizmente, esses casos ainda acontecem em diversos países, vitimando sobretudo mulheres negras, indígenas e pertencentes às classes populares.

Em 2020 foi divulgado o caso de esterilização por histerectomia de mulheres imigrantes detidas no Centro Correccional de Irwin, em Oscila, Geórgia, nos Estados Unidos. As denúncias apontam que as cirurgias, realizadas em um hospital da região, aconteciam com mulheres que não sabiam falar inglês,

¹⁷ Obstetric Observatory BRAZIL-COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services.(2021). Disponível em: <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/> Acesso em: 20 fev. 2022.

¹⁸ A histerectomia (cirurgia de retirada de útero) é a segunda cirurgia ginecológica mais realizada no Brasil, ficando atrás apenas da cesárea. A retirada cirúrgica do útero é um procedimento realizado, sobretudo, em casos em que não há possibilidades de manter o órgão sem que isso prejudique a saúde da pessoa. Casos como tumores (mesmo benignos) são os mais comuns entre as pessoas que passaram pelo procedimento.

pouco compreendiam sobre a situação e não haviam dado o consentimento para a intervenção (ZAKARIA, 2021, p.214).

Em 2021 circulou amplamente na mídia brasileira a notícia sobre o caso de Andrielli Santos, mulher negra de 21 anos, que, em um Hospital Universitário em Florianópolis (SC), foi submetida a uma cesariana e a uma laqueadura sem consentimento expresso, e foi separada compulsoriamente de sua filha logo após o parto. Andrielli havia sido usuária de drogas e moradora de rua e já havia sido destituída de seu poder familiar anteriormente¹⁹.

Ainda que, historicamente, a falta de consentimento tenha caracterizado esses processos de esterilização compulsória, o que vemos acontecer nas últimas décadas, como apontam Brandão e Pimentel (2020), é a apropriação, pelo mercado, de soluções definitivas para a reprodução.

A histerectomia tem a singularidade de não ser apenas uma cirurgia esterilizadora. Em grande parte dos casos, ela surge como uma saída para desconfortos físicos gerados por miomas e sangramentos uterinos intensos; contudo, o fato de a mulher já ter sido mãe ou não acaba tendo papel central na definição do prognóstico. A. Becker (2020) argumenta que a histerectomia possui duas versões: de um lado, pessoas que realmente precisam da cirurgia para curar seus desconfortos físicos encontram empecilhos para acessá-la, enquanto outras mulheres têm sido esterilizadas à força, sendo despojadas de um órgão que ainda consideram central para sua identidade.

Diversas mulheres recorrem às cirurgias esterilizadoras como tentativa de controlar seus projetos de vidas, de acessar tecnologias e cuidado. Por isso, A.L. Dalsgaard argumenta que as esterilizações não podem ser analisadas de forma isolada, precisam ser contextualizadas e podem ser entendidas, ao mesmo tempo, como um recurso valioso e um sinal de coerção violenta, no caso de mulheres em situação de vulnerabilidade social (DALSGAARD, 2006, p.287).

Para mulheres brancas de classe média, os valores e significados que atravessam a histerectomia são outros. Em uma pesquisa realizada em Brasília em 2019 com 15 mulheres de camadas médias urbanas, C. Cavalcanti pôde entender os caminhos percorridos até a retirada do útero, o que o órgão significava para as mulheres e suas percepções sobre o procedimento biomédico (CAVALCANTI, 2019).

¹⁹ A Comissão de Direitos Humanos e os Comitês de Antropólogas/os Negras/os e Gênero e Sexualidade da Associação Brasileira de Antropologia chegaram a lançar uma nota pública sobre o caso. Disponível em: <http://www.portal.abant.org.br/2021/08/19/nota-sobre-praticas-de-destituicao-de-poder-familiar-de-mulheres-em-situacao-de-vulnerabilidade-social-e-sobre-caso-de-violencia-obstetrica-e-retirada-compulsoria-de-recem-nascida-em-florianopolis-sc/> Acesso em: 20 mar. 2022.

Em sua maioria, as interlocutoras da pesquisa eram mulheres brancas de classe média que passaram pela cirurgia depois de lidar com anos de sangramentos menstruais intensos e cólicas causados por miomas e pólipos. Como elas já haviam tido filhos e estavam no final da vida reprodutiva, entendiam que a retirada do útero não era em si um problema, visto que já tinham “fechado a fábrica” e “dado a contribuição para a demografia do país”. As enfermidades que enfrentavam eram, em geral, benignas, ou seja, não havia o risco de um tumor que implicasse a necessidade imediata de retirar o útero para preservar a saúde das mulheres. O trabalho etnográfico revelou que elas sentiam que a escolha de retirar o útero era preferível a passar pelos desconfortos de dores e fluxos intensos e que o procedimento lhes permitiria recuperar a qualidade de vida perdida devido às dores e desconfortos experimentados no período menstrual, até porque, como muitas diziam, “útero só serve para duas coisas: ter filho e dar doença”.

Quase todas as mulheres entrevistadas que já haviam tido filhos e estavam na fase final da vida reprodutiva entendiam que a cirurgia seria o melhor caminho para resolver seus desconfortos, enquanto, de outro modo, uma mulher no auge da vida reprodutiva, que tinha um quadro grave de endometriose, encontrou dificuldade para obter a indicação e depois a realização de um hysterectomia devido ao fato de não ter gerado filhos biológicos (CAVALCANTI, 2021).

Essa possibilidade de escolha levantada pelas mulheres brasilienses é um aspecto intrigante quando pensamos no conjunto mais amplo das experiências reprodutivas, atravessado por opressões cruzadas de raça/etnia, classe e outras. A partir desse contraponto etnográfico, percebemos que o valor de um útero não é o mesmo para todas as pessoas, e que as decisões em torno desse órgão são influenciadas por uma série de fatores contingenciais e estruturais. Por vezes, ele é um órgão essencial que não deve ser retirado, ainda que as circunstâncias indiquem essa necessidade; em outras situações, ele é classificado como tão descartável que não há necessidade de obtenção de consentimento ou de maiores explicações para a sua retirada. Essa valoração diferencial se articula de modo fundamental às hierarquias reprodutivas e é reiterado pelas biotecnologias.

Do ponto de vista epidemiológico, é importante ter em mente que, no Brasil, mulheres negras apresentam ocorrência de tumores duas a nove vezes maior, possuem sintomas mais graves e maiores taxas de hysterectomia em comparação com as mulheres brancas (BOCLIN; FAERSTEIN, 2013). Os altos índices de hysterectomia no país, que nos últimos quatro anos superaram a

marca de 170 mil cirurgias realizadas no Sistema Único de Saúde²⁰, nos levam a questionar se está em curso uma epidemia dessa cirurgia e indicam a importância de novas pesquisas sobre o campo específico da ginecologia que considerem os impactos do modelo hegemônico de assistência à luz do referencial da justiça reprodutiva.

Doulagem e educação perinatal crítica: por um outro paradigma de cuidado no campo da reprodução

Tanto a antropóloga D. A. Davis (2019) como as pesquisadoras R. van der Waal *et al.* (2021) apostam no papel da educação emancipadora para viabilizar a transformação do modelo hegemônico de assistência obstétrica, bem como a transformação da forma como a sociedade percebe parto e reprodução, vinculando-se, assim, ao horizonte da justiça reprodutiva. Em consonância com essa leitura, a ativista brasileira Fernanda Lopes também acredita na educação em sexualidades (no plural) como uma via privilegiada para a construção da autonomia reprodutiva comprometida com a superação das iniquidades sociais e raciais.

Por seu turno, contrariando o ímpeto homogeneizador da obstetrícia hegemônica, diversas autoras brasileiras e estrangeiras vêm ressaltando a importância do compartilhamento das variadas experiências de gestar e parir e dos diferentes tipos de cuidado que se pode oferecer durante a gestação, o parto e o pós-parto, por exemplo, G. Tempesta (2018a). Essa pesquisadora tem ressaltado o papel da doulagem e da educação perinatal crítica na visibilização e na superação das iniquidades, delineando uma importante crítica interna ao movimento da humanização do parto e do nascimento no contexto brasileiro.

G. Tempesta (2018b) sistematizou os principais elementos característicos da doulagem e da educação perinatal, a saber: respeito a cada história de vida e às circunstâncias específicas nas quais as pessoas tomam cada decisão reprodutiva; escuta ativa e empática; atenção às dimensões sensoriais e espirituais envolvidas no parto; adoção de uma abordagem holística da pessoa gestante (por oposição à abordagem fragmentadora da obstetrícia); promoção de rodas de conversa sobre parto, gestação e puerpério, lugares seguros nos

²⁰ O valor global encontrado entre os anos de 2018 e 2021 foi de 170.566 de histerectomias totais. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nruf.def>. Acesso em: 16 fev. 2022.

quais se privilegia a circulação horizontal de saberes e relatos de experiência pessoal; combinação de recursos “tradicionais” e tecnológicos; divulgação de variadas formas de cuidado e modelos de atenção obstétrica que não são centrados na figura do médico (como a assistência oferecida por enfermeiras obstétricas e obstetrizes em Casas de Parto Normal, em maternidades ou no domicílio); divulgação de imagens belas de parto, que não reificam o sofrimento da pessoa em trabalho de parto. Por sua vez, F. Silva e J. Russo (2109) ressaltaram as novas formas de subjetivação implicadas na formação da doula. Desse modo, podemos afirmar que as doulas trabalham em prol da multivocalidade, isto é, da singularidade na diversidade tão cara às defensoras da justiça reprodutiva.

Esperamos ter demonstrado que o campo da ginecologia e obstetrícia é alimentado por pressupostos culturais racistas, sexistas, classistas, capacitistas, individualistas, heteronormativos, patriarcais e capitalistas (em uma palavra: colonialistas), ao tempo em que modifica e/ou reifica esses pressupostos enquanto procedimentos técnicos reputadamente neutros e imunes às relações sociais. Tais pressupostos em alguma medida espelham a fragmentação simbólica das experiências reprodutivas que se faz presente nas reivindicações por “escolha individual”, que se resumem a decisões sobre certos procedimentos médicos, como a cesariana eletiva e a histerectomia. No entanto, em toda parte há resistência e criatividade sob a forma de saberes-fazeres contra-hegemônicos, como a doulagem associada à educação perinatal.

Em 2021 aconteceu o 1.º Encontro de Doulas no SUS (modalidade virtual), um evento promovido pela Associação de Doulas do Rio de Janeiro em parceria com a Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz, que teve por objetivo dar visibilidade a estratégias locais para melhorar a qualidade da assistência materno-infantil, que têm sido desenvolvidas por doulas e educadoras perinatais em todo o país.²¹ Significativamente, o lema do encontro foi uma frase do pedagogo Paulo Freire: “Não é no silêncio que os homens [e as mulheres] se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”. Para além de contribuir para a regulamentação da profissão de doula e educadora perinatal, o evento propiciou a consolidação e a ampliação de uma rede nacional de profissionais engajadas na construção, no escopo do SUS, de um modelo de atenção obstétrica efetivamente respeitoso e emancipador.

²¹ Na organização e condução do evento, destacou-se a atuação de doulas negras e periféricas que trabalham no Rio de Janeiro e em estados do Nordeste.

A partir da argumentação desenvolvida no presente artigo, gostaríamos de sugerir que a educação perinatal crítica tem potencial para se constituir como elemento a compor uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica, capaz de produzir ressonâncias anticoloniais no campo da ginecologia e obstetrícia, visando à construção da justiça reprodutiva. Acreditamos que a imagem duvidosa dos ventres livres, que abriu nossa discussão, apenas faz sentido se articulada ao propósito de descolonizar a reprodução por meio do empenho na configuração de um modelo de cuidado obstétrico e ginecológico respeitoso, que promova a autonomia de todas as pessoas, sem exceções. Concluímos aqui nossa singela contribuição para a promoção da educação em saúde reprodutiva, que entendemos como necessariamente coletiva, feminista e antirracista, reafirmando que a saúde pública é uma via importante de construção de um país mais justo e plural.

Referências

- ALMEIDA, Silvio Luiz de. (2018). *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento.
- ALVES CRUZ, Eliana. (2018). O caso Janaína me lembrou que o Brasil já fez esterilizações em massa - com apoio dos EUA. *The Intercept*. Disponível em: <<https://theintercept.com/2018/07/18/laqueaduras-esterilizacao-forcada-mulheres/>>. Acesso em: 16 fev. 2022.
- BECKER, Andrea. (2020). *Who decides who gets a hysterectomy?* Disponível em: <<https://www.teenvogue.com/story/who-decides-who-gets-a-hysterectomy>>. Acesso em: 16 fev. 2022.
- BELLÓN SÁNCHEZ, Sílvia. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, p. 93-111.
- BOCLIN, Karine; FAERSTEIN, Eduardo. (2013). Prevalência de diagnóstico médico autor relatado de miomas uterinos em população brasileira: Padrões demográficos e socioeconômicos no Estudo Pró-Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 16, n. 2, pp. 301-313.
- BRANDÃO, Elaine Reis; PIMENTEL, Ana Cristina. (2020). Essure no Brasil: desvendando sentidos e usos sociais de um dispositivo biomédico que prometia esterilizar mulheres. *Saúde e Sociedade*. v. 29, n. 1.
- BUTLER, Judith. (1999). Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo". In: LOURO, G. L. (org.). *O Corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, p. 151-172.
- CARNEIRO, Rosamaria Giatti. (2015). *Cenas de Parto e Políticas do Corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CAVALCANTI, Clarissa. (2021). "Tinha um livro de ginecologia dentro do seu útero": a narrativa de Isadora sobre sua histerectomia. *Pós - Revista Brasileira de Pós-Graduação em Ciências Sociais, [S. l.]*, v. 16, n. 1.
- CAVALCANTI, Clarissa. (2019). "Útero só serve para duas coisas?" Percepções de mulheres que passaram por histerectomia. Monografia apresentada ao

- Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Brasília.
- COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. (2021). *Interseccionalidade*. São Paulo: Boitempo.
- COOPER OWENS, Deirdre. (2018). *Medical Bondage. Race, Gender and the Origins of American Gynecology*, Georgia University Press, Athens.
- DALSGAARD, Anne Line. (2006). *Vida e esperanças: esterilização feminina no Nordeste*. São Paulo : Editora UNESP.
- DAVIS, Angela. (2016). Racismo, controle de natalidade e direitos reprodutivos. In: *Mulheres, Raça e Classe*. São Paulo: Boitempo, pp. 205-223.
- DAVIS, Dana-Ain. (2019). *Reproductive injustice: racism, pregnancy, and premature birth*. New York, New York University Press.
- (2018). *Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing*, *Medical Anthropology*.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S5-S23.
- DEL PRIORE, Mary. (2009). *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia*. São Paulo, Editora Unesp.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. (2009). Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, vol.19, n. 2 , p. 313-326.
- DINIZ *et al.* (2016). A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface*(Botucatu), vol. 20, n. 56 , 2016, p. 253-259.
- FEDERICI, Silvia. (2017). *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante.
- FERREIRA, Maíra Soares. (2019). *Pisando em óvulos*. A violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres. Tese de Doutorado apresentada à Universidade Federal de Goiás.
- FLEISCHER, Soraya. (2010). *Parteiras, Buchudas e Aperreios: Uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará*. Belém: Editora Paka-Tatu.
- FRANÇA, Ruhana Luciano de. (2020). *A categoria “violência obstétrica” no debate público brasileiro: uma reflexão interdisciplinar sobre movimentos, embates e articulações*. Monografia de Graduação apresentada ao Instituto de Ciências Políticas da Universidade de Brasília.
- GINSBURG, Faye; RAPP, Rayna. (1991). The Politics of Reproduction. *Annual Review of Anthropology*, v.20, pp. 311-343.
- GÓES, Emanuelle. (2019). Legalização do aborto com enfrentamento ao racismo: as mulheres negras querem justiça reprodutiva. In: BARONE, M. A; BARROS, B. *Sangrias*. Vitória, Pedregulho, p. 39-49.
- GÓES, Emanuelle; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. (2013) Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, vol.37, n. 99. p 571-579.
- GONZALEZ, Lélia. (1984). Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, Anpocs, p. 223-244.
- HIRSCH; MENDONÇA, Sara. (2020). Violência obstétrica: um novo termo que engloba novas e velhas demandas. In: VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter(coord.)

- Violência Obstétrica em Debate: Diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro, Lumen Juris.
- HOOKS, Bell.
(2018). *O feminismo ? para todo mundo: políticas arrebatadoras*. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos.
- HOTIMSKY, Sonia; SCHRAIBER, Lilia B.
(2005). Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n. 3, p. 639-649.
- LEAL, Maria do Carmo *et al.*
(2017). A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, sup. 1.
- LUGONES, María.
(2014). Rumo a um feminismo descolonial. *Estudos Feministas*, Florianópolis, vol.22, n. 3: 320, setembro-dezembro.
- MARTIN, Emily.
(2006). *A Mulher no Corpo*. Uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro, Garamond.
- MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo.
(2012). Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 107-120.
- MOTT, Maria Lúcia.
(2002). Assistência ao parto: do domicílio ao hospital(1830-1960). *Projeto História*, São Paulo, 25, 197-219.
- MUNIZ, Tatiane Pereira.
(2021). De corpos universais a corpos refratários: branquitude e efeitos raciais das tecnologias biomédicas. In: ROHDEN, F; PUSSETTI, C; ROCA, A.(orgs.). *Biotecnologias, transformações corporais e subjetivas: saberes, práticas e desigualdades*. Brasília, ABA Publicações, p. 331-355.
- NAGAHAMA, Elizabeth Eriko; SANTIAGO, Silvia Maria.
(2005). A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657.
- NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antonio.
(2016). Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro "Obstetrícia", de Jorge de Rezende. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 155-172.
- PALHARINI, Luciana; FIGUERÔA, Silvia F. de M.
(2018). Gênero, história e medicalização do parto: a exposição "Mulheres e práticas de saúde". *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.1039-1061.
- PIMENTEL, Camila *et al.*
(2014). Autonomia, risco e sexualidade. A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. *Realis*, v.4, n. 01.
- PROENÇA, Marcela; SECCO, Lincoln.
(2021) Mulher, Estado e reprodução: esterilização em Porto Rico. *Tensões Mundiais*, Fortaleza, v. 17, n. 33, p. 249-276.
- QUATTROCCHI, Patrizia; MAGNONE, Natalia.
(2020). *Violência obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Remedios de Escalada, De la UNLa, Universidad Nacional de Lanús.
- RAPP, Rayna.
(2001). Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory. *Medical Anthropology Quarterly*. 15. 466 - 477.
- ROHDEN, Fabiola.
(2001). *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro, Editora da Fiocruz.
- ROSS, L.; SOLINGER, R.
(2017). *Reproductive Justice: An Introduction*. Oakland, The University of California Press.

- SANDALL, J. *et al.*
(2018). *Optimising caesarean section use 2*. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*, v. 392, p. 1349–57.
- SCHWARCZ, Lília Moritz.
(2003). O espetáculo da miscigenação. In: DOMINGUES, H. M. B., SÁ, M. R.; GLICK, T. (orgs.) *A recepção do darwinismo no Brasil* [online], Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 164-180.
- SEGATO, Rita Laura.
(2012). Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. *e-cadernos CES [online]*, v. 18, p. 106-131.
- SENA, Lígia Moreiras.
(2016). *“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração”*. A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Tese de Doutorado, Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina .
- SHABOT, Sara C.
(2016). Making loud bodies “feminine”: a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*, vol.39, n. 2, p. 231-247
- SILVA, Fernanda Loureiro; RUSSO, Jane.
(2019). A porta da transformação só abre pelo lado de dentro: notas etnográficas sobre o processo de(trans)formação de si em cursos de capacitação de doulas. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, Salvador, vol.5, n.4, p.162-180.
- STOLCKE, Verena.
(2006). O enigma das intereseções: classe, “raça”, sexo, sexualidade. A formação dos impérios transatlânticos do século XVI ao XIX. *Revista Estudos Feministas*, vol.14, n.1, p. 15-42.
- TEMPESTA, Giovana Acacia.
(2018a) Contestações ritmadas. Notas sobre o simbolismo do útero presente em relatos de parto. *Amazônica: Revista de Antropologia*(online), v.10, p.102 -124.
- TEMPESTA, Giovana Acacia.
(2018b) Trabalhando pelos bons vinculamentos: Reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas. *Anuário Antropológico*, v. 43, n. 1, p. 37-66.
- TEMPESTA, Giovana Acacia; CARNEIRO, Rosamaria Giatti.
(2018). Para adentrar o portal da dor do parto: corpo, gênero e significações heterogêneas em contextos diversos. *Revista Gênero*. UFF, v.18, p. 48 - 65.
- TEMPESTA, Giovana Acacia; FRANÇA, Ruhana Luciano de.
(2021). Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. *Horizontes Antropológicos*, v.27, p. 257 - 290.
- TÓFOLI, Ana Lucia.
(2020) *“Faz tempo que disseram que não era mais pra pegar menino nos matos”*: narrativas de partos entre indígenas Tapeba e Tremembé no Ceará. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas .
- TORNQUIST, Carmen Susana.
(2004). *Parto e Poder*. O movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de Doutorado, Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina.
- 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.
- VERGÈS, Françoise.
(2020). *Um feminismo decolonial*. São Paulo: Editora Ubu.
- VIEIRA, Elizabeth M.
(2015). *A Medicalização do Corpo Feminino*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

WILLIAMSON, K. Eliza.
(2021) The iatrogenesis of obstetric racism in
Brazil: beyond the body, beyond the clinic.
Anthropology & Medicine, v.28, p. 172-187.

ZAKARIA, Rafia.
(2021). *Contra o Feminismo Branco*. Rio de
Janeiro: Intrínseca.

Recebido em
março de 2022

Aprovado em
agosto de 2022