



## A violência obstétrica no Brasil: problematizações interseccionais sobre a expropriação de pessoas que gestam

Natália Salm Loch<sup>1</sup>

Rogério Machado Rosa<sup>2</sup>

Renata Orlandi<sup>3</sup>

**Resumo:** Este artigo problematiza a violência obstétrica no Brasil, tomada como um dispositivo historicamente forjado pelo racismo, pelo machismo, pelo classismo e pelo capacitismo estruturais. Evidenciaram-se as interseccionalidades que permeiam a violência obstétrica com foco nas relações de poder atreladas, sobretudo, às seguintes categorias de privilégio/opressão: gênero, étnico-racial, classe, geração, escolaridade e deficiência. Tais marcadores sociais impõem prescrições culturais e cerceamentos à liberdade do corpo que gesta, subjugando-o e submetendo-o a vulnerabilizações e (des)cuidados.

**Palavras-chave:** corpos que gestam; violência obstétrica; interseccionalidade.

<sup>1</sup> Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – nataliasalmloch@gmail.com – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3570-8901>.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – rogeriorosa.ufsc@gmail.com – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8195-8303>.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – renataorlandipsi@gmail.com – Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8400-4997>.

## **Obstetric violence in Brazil: intersectional problematizations on the expropriation of people who gestate**

**Abstract:** This article examines obstetric violence in Brazil, understood as a mechanism historically shaped by structural racism, sexism, classism, and ableism. It explores the intersectional dimensions of obstetric violence, focusing on power relations linked primarily to the following categories of privilege/oppression: gender, ethno-racial identity, class, generation, education, and disability. These social markers impose cultural prescriptions and restrictions on the autonomy of the gestating body, subjecting it to vulnerabilities and neglect.

**Keywords:** gestating bodies; obstetric violence; intersectionality.

## **La violencia obstétrica en Brasil: problematizaciones interseccionales sobre la expropiación de personas que gestan**

**Resumen:** Este artículo problematiza la violencia obstétrica en Brasil, entendida como un dispositivo históricamente forjado por el racismo, el machismo, el clasismo y el capacitismo estructurales. Se analizan las interseccionalidades que atraviesan la violencia obstétrica, centrándose en las relaciones de poder vinculadas, sobre todo, a las siguientes categorías de privilegio/opresión: género, etnicidad-racial, clase, generación, nivel educativo y discapacidad. Estos marcadores sociales imponen prescripciones culturales y limitaciones a la libertad del cuerpo gestante, sometiéndolo a vulnerabilidades y a (des)cuidos.

**Palabras clave:** cuerpos que gestan; violencia obstétrica; interseccionalidad.

### **Introdução**

O corpo considerado feminino<sup>4</sup> é um construto histórico, social e cultural, em constante (re)produção. Este corpo é significado por meio de práticas e atos que se baseiam nas relações de poder, as quais atuam por meio ou sobre os corpos e produzem diferenças, tornando-os alvo de categorização por múltiplos marcadores identitários. Historicamente, nas relações de gênero, corpo

<sup>4</sup> No presente texto, embora adote-se os termos “masculino” e “feminino” para fins didáticos, entende-se que nada é feminino ou masculino *a priori* ou de forma fixa, e que tal distinção é criada na cultura e na história. Conforme Curi e Baptista (2018: 124), “o corpo é um texto socialmente construído”.

feminino está associado ao pecado, à sexualidade e à fragilidade, sendo inferiorizado e submetido às estruturas de dominação sexistas (Gómez e Rocha, 2018).

Na medida em que é construído na relação com o outro, tal corpo não é universal. Enquanto corpos de mulheres brancas são considerados frágeis, os corpos de meninas e mulheres negras são objetificados, sexualizados e vistos como ideais para o trabalho forçado (Gómez e Rocha, 2018). Os corpos indígenas, por sua vez, têm o seu direito de existir negado e sofrem com diversos estereótipos: de corpo não humano, selvagem e instintivo — sempre comparados aos corpos brancos (Santos; Oliveira e Dantas, 2023). Assim, corpos femininos racializados são percebidos enquanto territórios a serem colonizados, além de serem mais marginalizados do que corpos femininos brancos (Gómez e Rocha, 2018; Santos; Oliveira e Dantas, 2023).

Diversas práticas perpetuam o processo de opressão, categorização e hierarquização dos corpos femininos, como a objetificação sexual, os silenciamentos, a subordinação no trabalho e o feminicídio. Elas associam-se à crença da superioridade e força do masculino sobre o feminino, estruturante do tecido social brasileiro (Souza; Lima e Ferreira, 2023). A violência obstétrica é uma das manifestações dessa dinâmica, sendo caracterizada como uma violência de gênero (Curi e Baptista, 2018).

A expressão “violência obstétrica” ganhou visibilidade na América Latina a partir da segunda década do século XXI, por meio dos movimentos feministas e ativistas pela humanização do parto (Diniz *et al.*, 2015; Katz *et al.*, 2020). O conceito engloba quaisquer formas de violência — ações ou omissões — que venham a ocorrer por parte dos profissionais de saúde com as pessoas que gestam ao longo da gravidez, do parto, do puerpério e/ou do abortamento. São eventos que ocorrem sem consentimento, desrespeitam os direitos e a autonomia sobre o próprio corpo das meninas, mulheres e pessoas que gestam, e prejudicam a fisiologia relativa ao processo de parir, causando danos, dor ou sofrimento desnecessários às vítimas (Mariani e Nascimento Neto, 2016; Oliveira e Penna, 2017; Palma e Donelli, 2017). Essa forma de violência, portanto, é uma forma de apropriação dos corpos tidos como femininos e de seus processos性uais e reprodutivos pelos profissionais da saúde (Diniz *et al.*, 2015; Zanardo *et al.*, 2017).

Ao abordar essa modalidade de violência, cabe destacar também o conceito de justiça reprodutiva. A partir de uma perspectiva interseccional, entende-se que distintos marcadores de opressão se sobrepõem e obstaculizam o pleno exercício da cidadania na esfera dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, na medida em que ocorre uma associação de múltiplos sistemas de opressão (Goés, 2020; Crenshaw, 2002). Pode-se afirmar, então, que as práticas

de violência obstétrica afetam de forma desproporcionalmente maior grupos mais vulneráveis à opressão, como mulheres negras, indígenas, pessoas LGB-TQIAPN+, pessoas com deficiência, com baixa escolaridade e aquelas em situação de desfavorecimento socioeconômico. A justiça reprodutiva, nesse sentido, transcende a garantia do acesso aos serviços de saúde, pois engloba o direito das pessoas de tomar decisões autônomas sobre seus corpos no que se refere à reprodução e à maternidade/paternidade, livres de coerção, discriminação ou violência (Goés, 2020).

A violência obstétrica está principalmente associada ao momento do parto, mas pode manifestar-se ainda na gravidez. Esse ciclo, de gestação e nascimento, é paradoxal: o útero reflete uma ambivalência de gestar tanto vulnerabilidade quanto empoderamento, tanto nascimento quanto morte. O corpo gestante, ao abrigar a placenta — e, com ela, tamanha ambivalência —, torna-se uma ameaça ao patriarcado, que busca docilizá-lo por meio de procedimentos supostamente benéficos, exercendo a biopolítica sustentada por signos masculinos hegemônicos. Isso evidencia que o poder sobre a vida “compreende sua gestão, sua majoração, sua multiplicação, o exercício sobre ela, de controles precisos e regulações de conjunto” (Foucault, 2008: 148). Assim, “as disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida, [...] causando a vida ou devolvendo à morte” (Foucault, 2012: 151), o que evidencia o controle social sobre corpos gestantes e sobre a reprodução.

A violência obstétrica pode ser, então, compreendida como um mecanismo de submissão dos corpos gestantes ao machismo estrutural, com forte influência de outros marcadores de opressão. A literatura científica atual tende a abordar o tema sob a perspectiva da saúde, com estudos predominantemente empíricos publicados em Enfermagem e Psicologia, enquanto são mais escassas as análises teóricas que associam essa violência a questões sociais. Diante da necessidade de uma abordagem crítica, este ensaio teórico busca traçar um panorama da discussão sobre a violência obstétrica no Brasil, considerando as interseccionalidades na perspectiva da alteridade.

O ensaio teórico está composto por três tópicos. À luz da ferramenta analítica da interseccionalidade (Crenshaw, 2002; Akotirene, 2019; Góes, 2020), em diálogo com os estudos de gênero de Butler (2012; 2018), o primeiro aborda as correlações entre a violência obstétrica e a categoria de gênero, buscando compreendê-las como relações de poder que, performaticamente, instituem saberes sobre o que seria enquadrado como legitimamente humano. O segundo tópico pretende localizar a violência obstétrica como uma prática de dominação e

expropriação dos corpos considerados femininos. O terceiro tópico, por sua vez, aprofunda o debate sobre as interseccionalidades que mais comumente permeiam as práticas de violência obstétrica e aborda a temática da naturalização da maternidade.

## As relações de gênero e a produção da violência obstétrica

A gestação e o parto são processos marcantes na vivência reprodutiva e considerados experiências extremamente significativas (Oliveira *et al.*, 2017). Por ser um processo que ocorre, frequentemente, em um estabelecimento de saúde, deveria-se garantir riscos reduzidos de adoecimento e morte. Porém, no Brasil, é comum o inverso: reproduz-se a estrutura opressora, desigual e preconceituosa da sociedade (Góes, 2020), e predomina uma assistência aos processos reprodutivos de caráter intervencionista e com alto uso de medicamentos e instrumentos. Assim, o ciclo gravídico-puerperal organiza-se como uma linha de produção, e é centrado na conveniência dos profissionais e das instituições de saúde que ofertam tal assistência. Essa sucessão de constrangimentos transforma a experiência do parto, que poderia ser uma vivência empoderadora e emancipatória, em um momento repleto de situações vulnerabilizadoras, caracterizando a violência obstétrica (Katz *et al.*, 2020; Lima; Pimentel e Lyra, 2021; Oliveira e Penna, 2017; Palma e Donelli, 2017).

A violência obstétrica é um processo engendrado por um sistema de opressões, como o patriarcado, o machismo estrutural e o racismo estrutural — além de outras formas de exclusão, que serão aprofundadas à frente. O patriarcado é localizado na literatura científica como “uma forma de organização social onde suas relações são regidas por dois princípios basilares: as mulheres são hierarquicamente subordinadas aos homens e os jovens estão subordinados hierarquicamente aos homens mais velhos, patriarcas da comunidade” (Scott, 1995: 77).

O machismo estrutural, por sua vez, é derivado do poder patriarcal e pode ser definido como uma vontade violenta de dominação masculina, ancorada na noção arbitrária, reducionista e binário-hierarquizante de como mulheres e homens devem se posicionar e viver na sociedade. Por meio dele, criam-se distinções de poder de ação e fala entre os corpos, gentrificando-os no bojo da dinâmica social — isto é, acentuando a ideia de supremacia masculina. A partir do machismo estrutural, desenvolve-se também a masculinidade hegemônica, que estabelece um padrão de práticas normativas para atingir um papel masculino dominante, que seria “honrado” e “ideal” na sociedade — o homem

cisgênero, branco, heterossexual, sexualmente ativo, produtivo e próspero. Trata-se de um modelo patriarcal agenciador de comportamentos que afirmam a masculinidade, legitimam a subordinação do sexo feminino perante o masculino (Souza; Lima e Ferreira, 2023) e que, articulado com outras dinâmicas de opressão, como o racismo estrutural e institucional, intensificam as violências sobre os corpos de mulheres, sobretudo negras, indígenas, trans, com deficiência, pauperizadas e de baixa escolaridade.

O racismo estrutural resulta de uma forma de organização/estruturação social e da execução de um projeto de subalternização baseado na ideia de que determinados grupos raciais — em especial, pessoas negras e indígenas — devam ocupar posições subalternas. Em sociedades estruturalmente racistas, como é o caso do Brasil, o funcionamento das instituições ocorre guiado por dinâmicas de concessão de desvantagens ou privilégios condicionados pela raça dos sujeitos. É nesse sentido que o racismo funciona com um sistema de desigualdades que afeta a população negra de forma basilar, enraizado nas instituições, na cultura e nas relações de poder da sociedade brasileira; ele pode ser compreendido, principalmente, na relação de dominação que o colonizado possui para com o colonizador (Gonzalez, 1984).

Disso decorre o racismo institucional, que é a dimensão mais negligenciada do racismo, visto que se desloca do individual e passa para uma dimensão estrutural: formas organizativas, políticas, práticas e normas racistas, que resultam em tratamento desigual (Werneck, 2016). Ele coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e pelas demais instituições e organizações. Nesse sentido, para além da violência obstétrica, as mulheres negras vivenciam também o racismo por parte das instituições de saúde, de modo que são alvo de um conjunto complexo de opressões (Góes, 2020).

As desigualdades e opressões nas relações raciais, de classe e de gênero, engendradas pelo sistema patriarcal e propagadas pelo machismo estrutural e institucional, estão diretamente atreladas à produção do fenômeno da violência obstétrica, dadas as imposições sociais às pessoas enquadradas no estereótipo da feminilidade. Nota-se, então, que a experiência reprodutiva é mediada por relações de poder, tendo em vista que a vivência da maternidade é um fenômeno social atravessado por desigualdades sociais, capacitistas, raciais/étnicas, de gênero, escolaridade e de geração. Isso significa que o cruzamento de opressões potencializa as desvantagens para as mulheres negras e indígenas na sociedade, gerando efeitos nefastos nas suas condições de saúde. A violência obstétrica, enquanto dispositivo relacional de poder, hierarquiza, desumaniza, coisifica e precariza a atenção às

mulheres negras nos serviços de saúde, pois as expõe a condições desfavoráveis de adoecimento, o que pode levar, inclusive, a um desfecho letal (Góes, 2020).

Nessa dinâmica relacional violenta, os corpos femininos, principalmente os racializados, são subjugados aos sujeitos que gozam dos privilégios da masculinidade (Souza; Lima e Ferreira, 2023) e da branquitude. Isso evidencia que a hierarquização em torno dos binarismos de gênero, raça e classe também é um elemento estruturante do sistema cis-hétero-branco-capitalista-capacitista, e este último confere às pessoas em posição de poder — ou seja, inseridas no padrão de masculinidade hegemônica vigente — o controle sobre o capital por meio do seu trabalho assalariado (Galetti, 2022).

Sob as lentes do capitalismo, os corpos considerados femininos são vistos como improdutivos na medida em que, supostamente, dedicam-se “apenas” ao trabalho doméstico, por estar na chamada “esfera privada” (Cisne; Oliveira e Castro, 2018; Galetti, 2022). Socialmente, o “valor” desses corpos restringe-se ao exercício da maternidade, à objetificação sexual e à exploração e subalternização da sua força de trabalho. Do ponto de vista da análise interseccional, essa hierarquização incide na reiteração da já colocada problematização: quais corpos são considerados femininos no contexto do capitalismo? Os corpos das meninas e mulheres negras e indígenas o são? Afinal, a exploração laboral e a desumanização racial impostas às mulheres negras e indígenas, desde a escravização/colonização, se reproduz na contemporaneidade a partir da naturalização de funções como a de empregada doméstica e a de “mulata do carnaval”, dentre outras (Gonzalez, 1984).

Nesse contexto, torna-se oportuno destacar também a problematização das noções de sexo e gênero sistematizada por Judith Butler, que caracteriza ambos os conceitos como socialmente construídos; isso porque o sexo é apresentado por meio do corpo e todo corpo é, *a priori*, interpretado pela cultura como pertencente a um gênero. A autora argumenta que o gênero não é uma essência, mas sim um efeito da repetição de atos performativos que seguem normas sociais rígidas e impositivas (Butler, 2018). Essa repetição é fundamental para forjar os corpos conforme expectativas cisheteronormativas, reforçando a ideia de coerência entre sexo, identidade de gênero, desejo e práticas sexuais. Gênero, então, é uma realização performativa compelida pela sanção social (Butler, 2012), pois não se trata de algo que sujeitos são ou têm, mas algo que fazem e atualizam em seus corpos. Isso demonstra como a cultura impõe padrões sobre o que seria legitimamente feminino ou masculino.

Transcendendo a noção de performatividade, conforme Davis (2016), o conceito de gênero é fundamentalmente interseccional, articulando-se com fatores

como raça, classe, geração e território. A autora destaca que a interação entre essas categorias forma experiências únicas para cada indivíduo, e que a análise dessas dinâmicas é essencial para compreender as estruturas de poder e opressão. Além disso, Davis (2016) argumenta que a luta antirracista e pelos direitos deve considerar as necessidades específicas de diferentes grupos, especialmente as de mulheres negras. Para isso, a interseccionalidade é uma ferramenta crucial na identificação das múltiplas formas de opressão enfrentadas por diversos grupos étnico-raciais e sociais.

Pontua-se, ainda, que a categorização de pessoas como “mulheres” a partir de sua genitália, ignorando-se possíveis intersecções — étnico-raciais, sexuais, de classe, de deficiência, entre outras —, é uma tentativa de construção de uma identidade única a um grupo diverso, de forma a elaborar o “alguém” a ser oprimido de modo factível (Butler, 2018). A definição de mulher formulada pelas teorias feministas ao longo de suas ondas, centrada na luta de mulheres brancas, heterossexuais e de classe média por direitos como voto, educação e emprego, negligenciou as vivências de negras e indígenas. Esses grupos sofreram expropriação material e cultural, violência sexual, separação forçada dos filhos e escravização, além de terem seus corpos mutilados em experimentos que marcaram a origem da obstetrícia e ginecologia (Carneiro, 2022; Queiroga, 1988).

A ilusória existência de uma identidade racial e de gênero essencialmente binarizada, universal e estável serve também ao propósito de regular a sexualidade, sendo, portanto, um regime de poder (Butler, 2018). É assim que a imposição colonial instaura o modelo de sujeito universal. A mesma colonialidade que instaura a hierarquização racial, instaura as hierarquias (binarismos) de gênero e a suposta superioridade do macho sobre a fêmea (Lugones, 2008); além de impor a heterossexualidade reprodutiva como possibilidade legítima e única de experimentação da vida afetiva (Lord, 2019).

Compreende-se, assim, que pessoas enquadradas no gênero “feminino” são coagidas pelos dispositivos sociais a performar o gênero inclinado à subordinação, às práticas de cuidado e à docilidade, além de serem vinculadas ao ambiente doméstico, à reprodução e ao amor romântico — estereótipo associado, em especial, a meninas e mulheres brancas. Nesses casos, corpos que gestam são tratados como uma mercadoria reprodutiva, empregando o imaginário idealizado de que toda mulher deseja, e deve, ser mãe, tendo em vista a romantização atribuída pela sociedade ao papel materno — que seria natural e instintivo (César; Loures e Andrade, 2019). No entanto, apesar de romantizada, é comum que a função materna seja pouco valorizada socialmente, pois o patriarcado centraliza o poder nas mãos de pessoas enquadradas como homens (brancos,

heterossexuais, viris, sem deficiência etc.). O machismo estrutural usa dessa estratégia de poder para estabelecer uma opressão sistemática ao gênero tomado como feminino, empregando diversos dispositivos para legitimar a sua dominação. Pode-se enquadrar, entre eles, as práticas de violência de gênero; dentre elas, figura a violência obstétrica.

## A violência obstétrica como expropriação dos corpos que gestam

A violência obstétrica é uma das formas de exercício do poder biomédico, e pode ser entendida como uma apropriação do corpo da pessoa que gesta por parte dos profissionais da saúde, tornando-o um corpo expropriado. É frequentemente causada pelo despreparo profissional e institucional, pela medicalização, pelo autoritarismo, por preconceitos e pela negação da presença da violência obstétrica. Além disso, está também relacionada à falta de conhecimento da pessoa gestante ou parturiente, tendo em vista que há a fantasia de que todos os procedimentos realizados são de rotina, associada à falta de repasse de informações por parte dos profissionais da saúde (Souza *et al.*, 2020). A pessoa gestante é considerada incapaz de decidir sobre o seu corpo, o qual é considerado imperfeito e frágil, e, por isso, inapto para atravessar o processo da gestação e do parto sem sofrer correções e auxílios — ou seja, as intervenções médicas (Curi e Baptista, 2018; Souza *et al.*, 2020). Salienta-se que a medicina é, notoriamente, mais dedicada ao feto do que à pessoa gestante, visto que o nascimento de determinadas crianças — principalmente brancas e sem deficiência — é um interesse social que tem em vista o “futuro” (Curi e Baptista, 2018).

Entende-se, assim, que as práticas médico-intervencionistas coadunam com o interesse na dominação e na docilização do corpo considerado feminino, o qual remonta, pelo menos, ao período histórico da “caça às bruxas”, ocorrido entre os séculos XV e XVIII — no qual as curandeiras, que auxiliavam no processo de parto, foram julgadas e condenadas à morte (L. Chagas e A. Chagas, 2017). Intenta-se que os corpos de meninas, mulheres e outras pessoas que gestam estejam sujeitos ao machismo estrutural, e que gerem novos corpos considerados desejáveis pela sociedade e produtivos ao sistema capitalista (Curi e Baptista, 2018). O indivíduo é o produto das relações de poder exercidas sobre o seu corpo, de modo que o controle da sociedade patriarcal sobre os indivíduos começa a partir do controle sobre os seus corpos (Curi e Baptista, 2018), e isso se expressa desde as práticas de violência obstétrica.

Em uma pesquisa de opinião pública realizada no Brasil pela Fundação Perseu Abramo e pelo Serviço Social do Comércio (2010), 25% das pessoas que

já passaram pelo parto relataram ter sofrido alguma forma de violência obstétrica. As agressões atreladas à violência obstétrica podem se manifestar de diversas formas: verbal, institucional, física, psicológica e moral. Inclui-se, por exemplo: intervenções desnecessárias e prejudiciais, como a cesariana prescrita por conveniência médica, a episiotomia sem evidência clínica e o excesso de medicamentos; o abuso de poder, a discriminação e o constrangimento; a negligência; a falta de acesso aos serviços de saúde; o impedimento à presença de acompanhante; a contenção durante o parto; entre outras violências (Diniz *et al.*, 2015; Katz *et al.*, 2020; Lima; Pimentel e Lyra, 2021; Silva *et al.*, 2019; Zanardo *et al.*, 2017).

A partir do fim do século XIX, o parto realizado na própria casa, como um ritual compartilhado e protagonizado por mulheres, passa a ser descontinuado. Isso ocorre pela busca do controle desse processo como uma prática médica, a qual torna-se naturalizada no Brasil no fim do século XX (Vendrúsculo e Kruel, 2015). Enquanto no parto humanizado a pessoa quepare é protagonista do processo e tem espaço para tomar decisões conscientes sobre o seu próprio corpo, no parto medicalizado há a patologização dos processos naturais e a desapropriação dos saberes femininos (destituição subjetiva), tornando o médico — que nessa especialidade, historicamente, é uma figura masculina (Kajiyama *et al.*, 2023) — o protagonista; e a pessoa gestante em trabalho de parto, uma coadjuvante. Isso evidencia a dominação socioinstitucional sobre o corpo tido como feminino, fazendo predominar a hierarquia e o saber médico sobre ele (Medeiros e Nascimento, 2022; Zanardo *et al.*, 2017).

Destaca-se também o desaparecimento gradual do papel de parteira, exigindo, por sua vez, a presença de cirurgiões para lidar com as intercorrências — as quais, não raro, são ocasionadas pelas próprias intervenções que prejudicam a fisiologia do parto. Alguns estudos, como o de Tesser *et al.* (2015) e o de Diniz *et al.* (2015), ressaltam práticas comprovadamente prejudiciais ou ineficazes que são frequentemente utilizadas no parto, tais como: o uso indiscriminado de oxitocina, que pode levar a um aumento da atividade uterina e à hipoxia fetal; a posição de litotomia — de exame ginecológico —, associada a um tempo de trabalho de parto maior do que as posições verticalizadas; a episiotomia, que aumenta o risco de laceração perineal, de infecção e de hemorragia, assim como o uso de fórceps; e a Manobra de Kristeller — o ato de exercer pressão na parte superior do útero no parto —, que está associada a lacerações perineais graves e à internação do bebê em UTI neonatal. Assim, pode-se gerar a falsa impressão de que a atuação médica era fundamental, pois se torna necessário lidar com o desdobramento provocado por sua própria intervenção.

Pode-se relacionar a tal questão ao chamado “paradoxo perinatal brasileiro”, atrelado ao fato de que, apesar dos partos no país serem, em sua maioria, assistidos por médicos e realizados em hospitais, há a manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal. Assim, a medicalização do parto associa-se a uma baixa qualidade assistencial e ao uso de intervenções desnecessárias (Lansky *et al.*, 2014), e determinados grupos estão em mais alto risco de experienciar vivências negativas (Crenshaw, 2002; Leite *et al.*, 2024).

Embora existam, no Brasil, práticas de atenção ao pré-natal e ao parto humanizadas, que têm como base a justiça reprodutiva e a ética do cuidado — tanto nos serviços privados quanto no Sistema Único de Saúde —, nota-se também a coexistência de processos opressores que, ao longo do ciclo gravídico-puerperal, violam os direitos reprodutivos e imputam vulnerabilização às pessoas que gestam, atingindo, sobremaneira, pessoas racializadas e territorializadas. A partir disso, impede-se que meninas, mulheres e outras pessoas que gestam vivenciem os seus direitos de forma livre e segura, sem barreiras estruturais. Tais violências destacam-se pelas negligentes e precárias formas de atendimentos e pela depreciação por parte dos profissionais da saúde, que, não raro, oferecem um tratamento impessoal e desrespeitoso (Diniz *et al.*, 2015; Góes, 2020; Leite *et al.*, 2024). No cenário da violência obstétrica, a pessoa gestante tende a ser tratada como um receptáculo para o bebê e não como alguém singular (Oliveira e Penna, 2017; Oliveira *et al.*, 2017; Zanardo *et al.*, 2017). Além disso, é comum que, ao reivindicar os seus direitos de uma assistência à saúde digna, haja a ameaça do cuidado recebido ser de qualidade ainda menor por parte dos profissionais ou, até mesmo, de negação de atendimento (Kajiyama *et al.*, 2023; Medeiros e Nascimento, 2022).

Também a equipe de enfermagem, que poderia ter um olhar mais humanizado por uma perspectiva de integralidade da atenção à saúde (Kajiyama *et al.*, 2023), é secundária no processo do parto, ficando restrita à assistência ao médico — ou às funções burocráticas, cabendo o auxílio à parturiente ao técnico em enfermagem. Há relatos de que os profissionais da enfermagem se sentem impedidos de interferir nas decisões tomadas, pois a hierarquia institucionalizada coloca os profissionais da medicina em uma posição superior ao restante da equipe multiprofissional (Oliveira e Penna, 2017). Entende-se, porém, que mesmo outros profissionais que não os médicos podem praticar a violência obstétrica, e que a busca pela garantia de direitos das pessoas gestantes deveria ser primordial para todas as profissões envolvidas nessa relação de cuidado (Diniz *et al.*, 2015; Leite *et al.*, 2024).

Além de ser perpetrada por meio de procedimentos que causam danos físicos, a violência obstétrica também se manifesta em diversas formas de violência

psicológica, a exemplo de condutas que fazem uso de chantagem, ameaça, humilhação, ridicularização ou de outros comportamentos que levam a impactos emocionais negativos nas vítimas. Não raro, profissionais da equipe de saúde desrespeitam a dor que é sentida no parto ao fazer uso de piadas e ofensas. São comuns também repreensões referentes à demonstração de dor, ameaças à pessoa em trabalho de parto e ao bebê, alterações no volume da voz e uso de termos pejorativos e humilhantes de forma intencional (Souza *et al.*, 2020; Zanardo *et al.*, 2017).

Deve-se destacar que as situações de violência obstétrica podem gerar diversas repercussões para além do momento da gestação e do trabalho de parto, que já são turbulentos por si próprios e nos quais as violações vivenciadas interferem diretamente (Dias e Pacheco, 2020; Medeiros e Nascimento, 2022). A violência obstétrica pode deixar marcas físicas e psicológicas nas vítimas, estas últimas causadas pelo tratamento desrespeitoso, que fere a autonomia e a dignidade em um momento de tamanha vulnerabilidade (Dias e Pacheco, 2020; Katz *et al.*, 2020; Medeiros e Nascimento, 2022; Oliveira *et al.*, 2017; Souza *et al.*, 2020). São frequentes após o parto sentimentos de tristeza, de baixa autoestima, de frustração e de impotência, os quais podem amplificar os riscos de depressão pós-parto — sofrimento psíquico este mais frequentemente presente entre pessoas negras, de menor escolaridade e de baixo nível socioeconômico (Leite *et al.*, 2024; Santana *et al.*, 2022) — e obstaculizar o seguimento da vida sexual, tornando adversa a experiência do parto (Dias e Pacheco, 2020).

### **Uma leitura interseccional da violência obstétrica e da naturalização da maternidade**

A posição hierarquicamente inferior que é imposta às pessoas consideradas mulheres é marcada pelas relações de gênero e fortemente atrelada ao patriarcado e ao machismo estrutural. As meninas e mulheres categorizadas por outros marcadores sociais de diferenças e desigualdades (étnico-racial, classe, território, deficiência, orientação sexual etc.), por sua vez, tendem a ser ainda mais vulneráveis a tais processos de objetificação (Crenshaw, 2002; Góes, 2020). Portanto, entende-se que há uma rede complexa de fatores sobrepostos, referentes à identidade socioindividual, que irão forjar as experiências vivenciadas em sistemas opressivos e discriminatórios (Crenshaw, 2002).

Meninas e mulheres e negras ou indígenas, por estarem na intersecção entre dois marcadores sociais da desigualdade, sofrem os efeitos combinados da discriminação (Crenshaw, 2002; Góes, 2020). Nesse sentido, o gênero,

isoladamente, é uma categoria insuficiente para a compreensão de suas vivências, tendo em vista que pessoas consideradas mulheres e negras são submetidas a múltiplas formas de opressão, enquanto as meninas e mulheres tidas como brancas ainda gozam de privilégios da branquitude (Lima; Pimentel e Lyra, 2021). A interseccionalidade como categoria analítica “impede reducionismos da política de identidade [que] elucida as articulações das estruturas modernas coloniais que tornam a identidade vulnerável, investigando contextos de colisões e fluxos entre estruturas, frequências e tipos de discriminações interseccionais” (Akotirene, 2019: 59). Então, como perspectiva e sensibilidade analítico-metodológico, busca complexificar esse debate; pois dá visibilidade à inseparabilidade entre racismo, capacitismo, capitalismo, e cisheteropatriarcado, estruturas que se articulam para oprimir em conjunto especialmente as mulheres negras. O conceito de interseccionalidade, idealizado por feministas negras, traz um posicionamento do feminismo negro frente a essas opressões, posto que suas reivindicações eram deixadas à margem tanto pelo feminismo branco quanto pelo movimento antirracista, que tem como principal enfoque os homens negros (Akotirene, 2019). A interseccionalidade contribui, nesse caso, para a politização do debate sobre a vivência da violência obstétrica, isto é, uma prática socioinstitucional engendrada pelo patriarcado e pelo machismo estrutural, que ganha contornos perversos na medida em que tem como alvos principais corpos subalternizados que gestam (racializados, territorializados, capaciticitados, generificados etc.).

A literatura científica aponta que a cor da pele tem forte impacto no uso de serviços de saúde. Conforme Góes (2020), as meninas e mulheres negras estão quase sempre em desvantagem no acesso e na utilização desses serviços, em comparação às meninas e mulheres brancas, mesmo em estratos sociais semelhantes, tendo em vista o racismo institucional, anteriormente citado. Isso significa que, em geral, as mulheres negras irão vivenciar um percurso de maior dificuldade em instituições de saúde (Crenshaw, 2002; Góes, 2020).

Em relação à vivência da violência obstétrica, especificamente, os estudos afirmam que meninas e mulheres pretas e pardas estão em maior risco do que meninas e mulheres brancas (Kajiyama *et al.*, 2023; Góes, 2020; Leal *et al.*, 2017; Lima; Pimentel e Lyra, 2021; Mariani e Nascimento Neto, 2016; Zanardo *et al.*, 2017). Essa diferença ocorre uma vez que a reprodução é mediada por relações de poder: a maternidade de pessoas negras é percebida socialmente como menos legítima e, consequentemente, é menos aceita e menos cuidada (Góes, 2020). Algumas das problemáticas que atingem mais as meninas e mulheres negras do que as brancas são: um menor número de consultas de pré-natal, ou

mesmo ausência destas; a ausência de vínculo com a maternidade de referência; a peregrinação para o parto; a ausência de acompanhante; e uma maior vulnerabilidade à infecção do sítio cirúrgico da cesariana e/ou da episiotomia, relacionado a uma baixa qualidade dos cuidados no parto e puerperais (Gabriel e Santos, 2020; Góes, 2020; Leal *et al.*, 2017; Lima; Pimentel e Lyra, 2021). Além disso, cerca de 64% dos óbitos por morte materna — que ocorre durante a gestação, o parto ou o puerpério — declarados entre 2020 e 2024 no Brasil foram de meninas e mulheres negras (Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, [2024]); em 90% dos casos, com um atendimento adequado, a morte materna pode ser evitada (Góes, 2020).

O estudo de Leal *et al.* (2017) traz à tona outros exemplos do racismo que perpassa a violência obstétrica. Os resultados afirmam que as pessoas gestantes negras são as que mais sofrem com a violência verbal por parte da equipe obstétrica, e que têm maior chance de parto pós-termo em comparação às brancas. Ressalta-se também o menor acesso de mulheres pretas à analgesia quando realizada a episiotomia, algo destacado também por outros estudos (Góes, 2020; Kajiyama *et al.*, 2023; Leal *et al.*, 2017; Lima; Pimentel e Lyra, 2021). As mulheres negras estão também mais sujeitas à não utilização do anestésico no parto vaginal e tem menor acesso a procedimentos não farmacológicos endereçados à redução do desconforto, ou seja, as pessoas racializadas estão mais expostas a procedimentos dolorosos e, assim, sofrem com maior desumanização (Góes, 2020; Leal *et al.*, 2017) — não lhes é permitido o estereótipo da fragilidade feminina, associado a pessoas brancas.

A condição socioeconômica é um fator determinante nas relações de desigualdade, obstaculizando o exercício da cidadania (Scalon, 2011). Os estudos científicos demonstram que a condição socioeconômica interfere, inclusive, na forma como a pessoa gestante é tratada pelos profissionais da saúde (Kajiyama *et al.*, 2023; Lima; Pimentel e Lyra, 2021; Mariani e Nascimento Neto, 2016; Zanardo *et al.*, 2017), havendo maior prevalência de violência obstétrica no ciclo gravídico-puerperal de pessoas com menor poder aquisitivo (Kajiyama *et al.*, 2023). Ressalta-se que, no Brasil, estas são principalmente pessoas pretas e pardas (Góes, 2020). Pessoas em classes econômicas favorecidas, por sua vez, gozam de diversos privilégios relativos a um maior acesso à saúde (Scalon, 2011), os quais podem incluir, por exemplo, a possibilidade de selecionar o estabelecimento em que desejam realizar o parto e a equipe de assistência.

A escolaridade é outra variável com influências no tratamento recebido nesse momento, posto que pessoas de menor educação formal — especialmente as racializadas, as quais, em geral, têm menor acesso ao ensino — estão mais

sujeitas a maus-tratos (Góes, 2020; Leite *et al.*, 2024; Mariani e Nascimento Neto, 2016; Zanardo *et al.*, 2017), bem como são constantemente desautorizadas a ter autonomia nas decisões sobre o próprio corpo (Zanardo *et al.*, 2017). Pode-se citar, por exemplo, a ocorrência de esterilização sem consentimento, nas quais pessoas que gestam, sobretudo mulheres negras, pauperizadas e de baixa escolaridade, são desacreditadas em seus interesses de ter outros filhos por serem “leigas” quanto às questões médicas, assim como têm seu acesso às informações constantes no prontuário frequentemente negado (Gabriel e Santos, 2020).

Em hospitais com profissionais em formação, meninas e mulheres são frequentemente escolhidas para treinamentos de procedimentos, como episiotomia, fórceps e cesariana sem indicação médica, com base em seu “valor social”. Pessoas racializadas, pobres, adolescentes e sem acompanhantes estão mais vulneráveis a essa violência obstétrica devido a estereótipos, racismo, classismo e outras formas de discriminação presentes na formação profissional (Diniz *et al.*, 2015).

Quanto à sexualidade e à diversidade de gênero, é necessário observar que há pouca presença de estudos que abordam a relação entre orientação sexual e identidade de gênero que fogem à cisheteronormatividade com a ocorrência de práticas de violência obstétrica, cabendo a interpretação de haver uma invisibilização de tais populações. No caso das diversidades sexuais e de gênero, denota-se uma potencialização das experiências de violações de direitos vivenciadas (Cardoso e Shimizu, 2024), com destaque para os impactos da transfobia na violência obstétrica sofrida pelos homens transexuais que gestam.

Os homens trans estão sujeitos ao tratamento discriminatório e ao preconceito, pois os estereótipos vinculados à aparência (parecer homem/mulher) condicionam a possibilidade parental e violam o direito à reprodução (Angone-se e Lago, 2017). Quando homens trans vivenciam o ciclo gravídico-puerperal, há um confronto com o ápice da “feminilidade”, o que traz à tona a percepção social de corpos apenas em sua binariedade: em alguns casos, os profissionais da saúde reproduzem discursos transfóbicos e abordam a pessoa trans como uma excepcionalidade médica (Cardoso e Shimizu, 2024; Yoshioka e Oliveira, 2023). Também nesse caso, é comum o desrespeito ao nome social, a peregrinação derivada das negativas de atendimento e de internação em alas femininas (Yoshioka e Oliveira, 2023). No caso de pessoas lésbicas, por sua vez, a violência obstétrica pode se manifestar por posturas discriminatórias e deslegitimadoras ao casal homoafetivo, como usar de atitudes de negação e invisibilização à mãe que não está gestante (Cardoso e Shimizu, 2024).

Outra intersecção que vulnerabiliza à discriminação e, consequentemente, à ocorrência da violência obstétrica, é a presença de deficiência(s). Por meio de

barreiras atitudinais — que englobam preconceitos, discriminação e estigmatização —, comunicacionais/informacionais e ambientais, impede-se a plena e efetiva participação de pessoas com deficiência na sociedade (Mello e Nuernberg, 2012). Para Mello e Nuernberg (2012), a naturalização de um modelo capacitista de “feminilidade” faz com que as opressões por gênero e por deficiência se retroalimentem, havendo um duplo estigma de fragilidade que potencializa a sua exclusão. A prática de violência obstétrica contra pessoas com deficiência é ainda mais banalizada, visto que o modelo biomédico trata a deficiência como um problema individual (Diniz, 2007). Assim, é frequente a inexistência de adaptações às diversas deficiências físicas nos hospitais e a inaptidão de profissionais da saúde ao lidar com as especificidades de cada pessoa e de cada tipo de deficiência (sensorial, intelectual, física e/ou psicossocial). A liberdade de decisão de pessoas com deficiência é também desautorizada, ato inegavelmente capacitista. Destarte, produz-se um regime excluente a corpos que fogem à norma social (Terra e Matos, 2019).

As meninas e mulheres que vivenciam situações de perda gestacional podem também sofrer com a ocorrência da violência obstétrica. Cabe distinguir o aborto espontâneo, quando ocorre até a 21<sup>a</sup> semana de gestação, do óbito fetal, quando ocorre a partir da 22<sup>a</sup> semana ou a partir do momento em que o feto possui 500 gramas ou 25 centímetros de estatura. Em ambos os casos, os sentimentos de luto são esperados (Lemos e Cunha, 2015). Contudo, os estudos demonstram que a pessoa que gestava costuma sofrer com sentimentos de culpa e luto de forma mais intensa do que o companheiro, posto que a sua identidade é frequentemente pautada no tornar-se mãe. O pai, por outro lado, costuma apresentar respostas controladas, sendo comumente esquecido pela equipe de saúde nas salas de espera, devido à necessidade imposta socialmente de mostrar-se “forte” e oferecer suporte (Lemos e Cunha, 2015; Vescovi e Levandowski, 2023).

Uma perda gestacional pode ser traumática, pois é incongruente com o que se espera de uma gestação e desafia o esperado do ciclo vital: que os pais vennham a falecer antes dos filhos (Vescovi e Levandowski, 2023). Entretanto, não se lamenta apenas a morte de um ente querido, mas também o não reconhecimento da perda; há uma frequente banalização do sofrimento de pessoas que sofreram perda gestacional, tanto por parte de profissionais da saúde quanto de instituições, com a manifestação de atos marcados pela insensibilidade ao sofrimento atrelado a esse processo de luto (Melo e Vaz, 2019; Vescovi e Levandowski, 2023), podendo-se caracterizar, então, a presença da violência obstétrica. A literatura aponta casos de pessoas que, após sofrerem uma interrupção

da gravidez, são postas em leitos próximos aos de puérperas acompanhadas de seus bebês. Isso acarreta consequências emocionais negativas, visto o ambiente de celebração do nascimento (Melo e Vaz, 2019; Santos *et al.*, 2022).

Nas vivências de perda gestacional, é comum a minimização da dor pelos profissionais da saúde, que usam de falas como: “logo engravidará novamente” (Melo e Vaz, 2019), “todo mundo perde”, ou ainda de que a perda serve para “acostumar o útero” (Vescovi e Levandowski, 2023). Tais enunciados deslegitimam o sofrimento e configuram formas de violência obstétrica. Também é frequente que haja falta de suporte para oportunizar o contato dos pais com o bebê falecido e baixa oferta de apoio psicossocial (Vescovi e Levandowski, 2023). O puerpério após uma perda gestacional, por sua vez, é altamente invisibilizado e desconsiderado como luto materno. A pessoa que estava gestante retorna ao seu lar desacompanhada do bebê que estava gestando; porém, é raramente vista como uma pessoa que perdeu um filho. Vescovi e Levandowski (2023) ressaltam também a falta de informação dos profissionais da saúde quanto aos direitos de pessoas que sofrem uma perda gestacional; por exemplo, quanto ao fato de que um óbito fetal dá direito à concessão de licença-maternidade.

No caso de pessoa gestante que já enfrentou a perda gestacional anteriormente, são frequentes sentimentos de insegurança frente à nova gestação e o rebaixamento da autoestima, visto que a maternidade é tida como função natural de corpos com útero. Não a exercer relaciona-se comumente a sentimentos de incompletude, e traz dúvidas quanto à sua competência reprodutiva (Lemos e Cunha, 2015). Tais casos podem ser acompanhados de diversas formas de violência obstétrica; um exemplo são as possíveis insinuações da equipe de saúde quanto ao uso de drogas ilícitas, que podem provocar uma perda gestacional (Vescovi e Levandowski, 2023), situação que é vivenciada de forma ainda mais frequente por meninas e mulheres negras (Góes, 2020).

Salienta-se a relevância do compromisso dos serviços de saúde em alinhar os saberes e fazeres a protocolos humanizados endereçados às pessoas que lidam com a perda gestacional. A dimensão ética de tais protocolos se materializa na necessidade de uma formação permanente dos profissionais que atuam nesse contexto, sobretudo no que tange ao luto que pode estar vinculado a esse processo (Vescovi e Levandowski, 2023), e da sensibilidade e do engajamento na efetivação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos da população atendida; no tratamento acolhedor e respeitoso dos projetos de vida e demais significados atrelados a uma situação de perda gestacional, no manejo da dor e na prevenção de dor iatrogênica; no planejamento dos procedimentos, de comunicações, de tempos e de espaços vinculados a tais atendimentos; no cuidado estendido ao

puerpério dessas pessoas; e no acionamento de suas respectivas redes sociais de apoio (Diniz, 2005).

A violência obstétrica é ainda mais comum em casos de abortamento provocado, com cerca de metade das mulheres relatando essa experiência (Fundação Perseu Abramo e Serviço Social do Comércio, 2010; Góes, 2020). Além disso, médicos podem recusar a realização do aborto por motivos ideológicos, mesmo em situações previstas em lei<sup>5</sup>, demandando outro profissional para concluir o procedimento. Essa recusa pode restringir a liberdade de decisão da pessoa e configurar negligência (Diniz *et al.*, 2015; Góes, 2020; Leite *et al.*, 2024; Madeiro *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2022). Em muitas regiões, a existência de um único serviço disponível para a realização do aborto também dificulta o acesso (Leite *et al.*, 2024; Madeiro *et al.*, 2016).

Faz-se necessário compreender que, também diante do fenômeno do abortamento provocado, as pessoas negras tendem a sofrer os maiores impactos. As meninas e mulheres racializadas têm menor acesso a métodos contraceptivos e apresentam, assim, maior chance de vivenciar uma gravidez não planejada. Em relação à caracterização da violência obstétrica, as pessoas negras são também as que mais relatam medo de maus-tratos ao buscar um serviço de saúde em situações de abortamento provocado, o que leva a uma demora na busca pelos cuidados — e, consequentemente, a um maior risco (Góes, 2020; Góes *et al.*, 2020).

A maior parte das internações hospitalares e mortes por consequência de abortamento no Brasil é referente a mulheres negras (Góes, 2020); que representam cerca de 60% dos óbitos relacionados diretamente a situações de aborto no país entre 2020 e 2024 (Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, [2024]). A criminalização do aborto não impede a sua prática, mas acentua desigualdades, haja vista as mulheres brancas e de alto poder aquisitivo com maior acesso a procedimentos mais seguros. No Brasil, a maior parte dos abortamentos provocados pode ser caracterizada como insegura, ou seja, realizada por pessoas não capacitadas e em condições insalubres; nesse sentido, atinge, principalmente, as mulheres negras, jovens, pobres, de baixa escolaridade e que já têm filhos (Cisne; Oliveira e Castro, 2018; Góes *et al.*, 2020), visto que estas não têm condições de arcar com os cuidados especializados que são frequentemente ofertados em clínicas e consultórios privados (Góes *et al.*, 2020).

<sup>5</sup> No Brasil, a interrupção legal da gestação é permitida em três casos: em gestações decorrentes de violência sexual, em gestações que trazem risco de vida para a pessoa gestante e em casos de anencefalia fetal (Madeiro *et al.*, 2016).

A maternidade é amplamente romantizada na sociedade brasileira, reflexo da herança patriarcal que associa o valor de meninas e mulheres à capacidade de gestar e criar filhos, naturalizando esse destino como inerente a seus corpos (César; Loures e Andrade, 2019; Curi e Baptista, 2018; Faraj *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2022). Existe uma pressão social para que mulheres engravidem, especialmente aquelas que se enquadram no padrão estabelecido — brancas, com alto poder aquisitivo e sem deficiência —, e é estabelecida a ideia de que a ausência de filhos as tornaria incompletas, caracterizando a “maternidade compulsória” (César; Loures e Andrade, 2019). O abortamento provocado desafia essa norma social ao negar o papel feminino imposto, razão pela qual é fortemente hostilizado, e a violência obstétrica se torna um meio de controle e punição sobre esses corpos (Góes, 2020; Santos *et al.*, 2022).

A cobrança pelo exercício da maternidade, além de se apresentar nas situações de abortamento provocado e de perdas gestacionais, pode também se manifestar quando a pessoa gestante/parturiente não pretende ficar com o bebê — apesar de a entrega de um filho à adoção ser um direito previsto tanto na Lei nº 13.509/2017, a “Lei da Adoção” (Brasil, 2017) quanto no Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990). O processo de entrega, quando realizado com respaldo jurídico, é também uma forma de proteger o bebê e a pessoa puérpera, posto que, em diversos casos, a gravidez é indesejada e/ou decorrente de violência sexual, e a pessoa gestante pode estar em situação de vulnerabilidade, isto é, em sofrimento com a falta de recursos financeiros e/ou com o abandono social e familiar, bem como com questões relacionadas à saúde mental, não podendo arcar com os investimentos financeiros e afetivos de ter um (novo) filho (Faraj *et al.*, 2016; Medeiros; Andrade e Costa-Dalpino, 2021).

Nesses casos, mostra-se frequente a estigmatização da pessoa puérpera por parte dos profissionais da saúde, acompanhada do julgamento moral de que a criança seria sua responsabilidade (Kajiyama *et al.*, 2023) e do ideal de que, caso não desejasse o filho, não deveria ter engravidado (Medeiros; Andrade e Costa-Dalpino, 2021). No estudo de caso realizado por Medeiros, Andrade e Costa-Dalpino (2021), uma das participantes havia buscado o Sistema de Justiça no início da gestação por desejo de entregar a criança que estava gestando à adoção, discurso que manteve durante todo o processo de avaliação psicossocial até o fim da gestação. No entanto, a participante contradiisse tal ideia durante a hospitalização após o parto, tendo em vista o receio de sofrer com o preconceito por parte dos profissionais da saúde.

Conforme a literatura especializada, ao saber que a pessoa gestante, parturiente ou puérpera pretende fazer a entrega do bebê à adoção, não raro,

profissionais da saúde podem buscar coagi-la no intento de provocar o estabelecimento de um vínculo com a criança, forçando o contato na tentativa de fazer a pessoa gestante/parturiente acompanhar o desenvolvimento do feto e, ao parir, olhar, acalentar e amamentar o recém-nascido, contra a sua vontade (Faraj *et al.*, 2016; Palma e Donelli, 2017). Percebe-se, assim, uma não aceitação da renúncia à maternidade, uma vez que o amor materno seria “inerente às mulheres”. Ainda nessa situação, a violência obstétrica pode ocorrer pelo acompanhamento pré-natal deficitário, com carência de orientações quanto aos procedimentos do parto (Faraj *et al.*, 2016) e falta de respaldo jurídico para o encaminhamento da criança para adoção de forma ética e segura.

Demonstra-se, assim, que não se pode analisar o ciclo gravídico-puerperal sem considerar as possíveis intersecções que catalisam a vulnerabilidade à violência obstétrica, na medida em que tais categorias modulam o controle médico do parto. Cabe ressaltar que o acesso à possibilidade de se reconhecer vítima de violência obstétrica é também desigual, posto que marcadores sociais como raça, deficiência, classe e escolaridade incidem diretamente em tal questão (Gabriel e Santos, 2020), destacando-se nesse cenário a centralidade do acesso à educação sexual na perspectiva dos Direitos Humanos.

Entende-se a violência obstétrica como uma violação aos direitos humanos, pois fere a integridade corporal e a dignidade da pessoa humana. Ao se negar à pessoa que gesta a autonomia e o protagonismo no parto, são violados os seus direitos sexuais e direitos reprodutivos, além de ferir também, nesse caso, os direitos do feto (Mariani e Nascimento Neto, 2016). Infelizmente, mesmo que a violência obstétrica ocorra em proporção de pelo menos uma para cada quatro mulheres, as práticas de violência obstétrica recebem ainda pouca atenção (Fundação Perseu Abramo e Serviço Social do Comércio, 2010).

## Considerações finais

O presente ensaio teórico aborda a violência obstétrica enquanto subproduto do machismo estrutural e problematiza as cruéis estratégias de docilização de corpos tidos como femininos durante o ciclo gravídico-puerperal. O processo de gestar e parir, que poderia ser uma experiência ético-política empoderadora, é subjugado por meio da violência obstétrica por práticas médicas que cerceiam a liberdade, silenciam e torturam corpos que gestam.

No Brasil, a violência obstétrica é enraizada nas desigualdades de raça, de gênero, de classe etc., e materializa-se pela medicalização e outras intervenções desnecessárias — não solicitadas ou excessivas —; pela sujeição e pelo

desrespeito à autonomia da pessoa que gesta e pare; bem como pela banalização da experiência de conceber um ser humano e pela mercantilização dos corpos inscritos no campo da feminilidade. A violência obstétrica como dispositivo de controle do corpo e das decisões das pessoas que gestam pode ser melhor compreendida a partir da interseccionalidade entre marcadores de opressão que atravessam o processo de subjetivação das vítimas, destacando-se: o racismo, o classismo, a escolaridade, a orientação sexual, a identidade de gênero, o capacitarismo e a misoginia. Além de produzir a invisibilidade e o silenciamento de populações não normativas, essa aviltante experiência também viola os seus direitos sexuais e direitos reprodutivos, causando contundentes danos psicosociais às vítimas. Trata-se, portanto, de uma preocupante tradução do sofrimento ético-político<sup>6</sup> vivenciado na experiência da gestação, do parto e do puerpério.

Nesse cenário, conclui-se que o enfrentamento da violência obstétrica passa, fundamentalmente, pelo enfrentamento sistemático dos sistemas de opressão subjacentes às relações e às práticas institucionais, como o racismo e o machismo estruturais engendrados e perpetuados historicamente pelas tradições patriarcas classistas. A transformação dessa realidade exigirá uma tomada de posição ético-política que vise à efetivação dos direitos das pessoas gestantes, parturientes e puérperas, bem como à garantia dos direitos do nascituro e do recém-nascido. Portanto, faz-se mister, também, a inserção de debates críticos sobre ética do cuidado, violência de gênero, sexualidades, violência obstétrica, transfobia, machismo/patriarcado, racismo, misoginia, direitos sexuais e reprodutivos, capacitarismo, xenofobia, ética e sigilo etc. nos cursos de formação inicial e continuada de profissionais atuantes da área da saúde, contribuindo para a politização do debate aqui proposto e, sobretudo, para a promoção da dignidade no pré-natal, parto e puerpério a todas as pessoas que gestam e/ou parem, sem exceção.

Outra medida endereçada ao enfrentamento da violência obstétrica diz respeito à adoção profissional de protocolos já existentes pautados em enunciados científicos críticos e politicamente situados — como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política Nacional de Humanização (PNH) —, visando promover a democratização de saberes e a consequente tomada de decisões informadas sobre a gestação, o parto e o puerpério. Essa estratégia carrega em si um potencial pedagógico singular, capaz de provocar aprendizagens e sensibilidades que impliquem profissionais da saúde atuantes

---

6 “O sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade” (Sawaia, 1999: 104).

no campo das políticas e práticas obstétricas na promoção de atendimento digno e humanizado dessa população.

Este ensaio teórico possui limitações inerentes à sua natureza metodológica, pois se baseia de forma exclusiva em dados já disponíveis na literatura científica. Embora traga reflexões críticas sobre a violência obstétrica a partir das relações de gênero tomadas em suas interseccionalidades, os seus achados não pretendem representar de forma exaustiva a diversidade das experiências vivenciadas por meninas, mulheres e outras pessoas que gestam em diferentes contextos. A escassez de estudos que abordem vivências de violência obstétrica por meninas e mulheres indígenas restringiu a compreensão de suas experiências, e o enfoque dado às fontes acadêmicas limita a inclusão de outras formas de saber. A complexidade do tema é também um fator limitante, haja vista a impossibilidade de abordá-lo em todas as suas nuances. Sugere-se que pesquisas futuras incluam metodologias participativas, de modo a ampliar a escuta e a compreensão dos atravessamentos de gênero, raça, classe, escolaridade e deficiência nas práticas obstétricas no Brasil.

## Referências

- ANGONESE, Mônica e LAGO, Mara Coelho de Souza. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde e Sociedade*, [S. l.], v. 26, n. 1, pp. 256-270, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017157712>.
- AKOTIRENE, Carla. *Interseccionalidade: feminismos plurais*. São Paulo, Sueli Carneiro; Pôlen, 2019.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, pp. 13563, Brasília-DF, 16 jul. 1990.
- BRASIL. Lei nº 13.509, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre adoção e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil). *Diário Oficial da União*: pp. 1, ed. extra, Brasília-DF, 23 nov. 2018.
- BUTLER, Judith. Os atos performativos e a constituição do gênero: um ensaio sobre fenomenologia e teoria feminista. enologia e teoria feminista. *Chão da Feira - Caderno de Leituras*, [S. l.], n. 78, pp. 1-16, 2012. Disponível em: [https://chaodafeira.com/wp-content/uploads/2018/06/caderno\\_de\\_leituras\\_n.78-final.pdf](https://chaodafeira.com/wp-content/uploads/2018/06/caderno_de_leituras_n.78-final.pdf). Acesso em: 27 jun. 2024.

- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2018. (Coleção Sujeito e História)
- CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves e SHIMIZU, Mariana Arissa. Violência obstétrica e LGBTQIA+fobia: o entrelaçamento de opressões e violações. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 29, n. 4, pp. e20072023. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024294.20072023>.
- CARNEIRO, Sueli. Gênero e raça. In: BRUSCHINI, Cristina; UMBERHAUM, Sandra G. *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. Rio de Janeiro, Editora 34, 2002.
- CÉSAR, Ruane Cristine Bernardes; LOURES, Amanda Freitas e ANDRADE, Bárbara Batista Silveira. A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher. *Revista Mosaico*, [S. l.], v. 10, supl. 2, p. 68-75. 2019. DOI: <https://doi.org/10.21727/rm.v10i2Sup.1956>.
- CISNE, Mirla; OLIVEIRA, Giulia Maria Jenelle Cavalcante de e CASTRO, Viviane Vaz. Aborto inseguro: um retrato patriarcal e racializado da pobreza das mulheres. *Revista Katálysis*, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 452-470, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n3p452>.
- CRENSHAW, Kimberle. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. Cruzamento: Raça e gênero, In: Congresso Nacional da FEPODI, VIII, 2002, São Paulo. *Anais* [...] São Paulo, Organização VIII Congresso Nacional da FEPODI, 2002.
- CURI, Paula Land e BAPTISTA, Júlia Gonçalves Barreto. A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica. *ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, Campos dos Goytacazes-RJ, v. 8, n. 1, pp. 123-136, 2018. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2092>. Acesso em: 27 jun. 2024.
- DAVIS, Angela. *Mulher, Raça e Classe*. São Paulo, Boitempo, 2016.
- DEPARTAMENTO DE ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. *Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna*. Brasília-DF, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, [2024]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 27 jun. 2024.
- DIAS, Sabrina Lobato e PACHECO, Adriana Oliveira. Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica. *Revista Arquivos Científicos (IMMES)*, Macapá-AP, v. 3, n. 1, pp. 4-13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-4407/rac.immes.v3n1p4-13>.
- DINIZ, Débora. *O que é deficiência?*. São Paulo, Brasiliense, 2007.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 10, n. 3, pp. 627-637, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.

- DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: Origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, [S. l.], v. 25, n. 3, pp. 377-384, 2015. DOI: <http://doi.org/10.7322/jhgd.106080>.
- FARAJ, Suane Pastoriza; MARTINS, Bruna Maria Corazza; SANTOS, Samara Silva dos *et al.* “Quero entregar meu bebê para adoção”: O manejo de profissionais da saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, [S. l.], v. 32, n. 1, pp. 151-159, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-37722016011998151159>.
- FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica*: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo, Martins Fontes, 2008. (Coleção Tópicos)
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. 13. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2012.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. São Paulo, Núcleo de Opinião Pública, 2010. Disponível em: [https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra\\_o.pdf](https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_o.pdf). Acesso em: 27 jun. 2024.
- GABRIEL, Alice de Barros e SANTOS, Breno Ricardo Guimarães. A injustiça epistêmica na violência obstétrica. *Estudos Feministas*, [S. l.], v. 28, n. 2, pp. e60012, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n260012>.
- GALETTI, Camila Carolina Hildebrand. Repensando as relações entre gênero e capitalismo: discussão sobre trabalho e salário. *Estudos Feministas*, [S. l.], v. 30, n. 2, pp. e84481, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n284481>.
- GÓES, Emanuelle Freitas. Discriminação Interseccional: Racismo Institucional e Violência Obstétrica. In: Ana Cecília de Sousa Bastos; Vívian Volkmer Pontes. (Org.). *Nascer não é igual para todas as pessoas*. Salvador, EdUFBA, 2020. pp. 283-396.
- GÓES, Emanuelle Freitas; MENEZES, Greice M. S.; ALMEIDA, Maria-da-Conceição C. *et al.* Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos de Saúde Pública*, [S. l.], v. 36, sup. 1, pp. e00189618, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>.
- GÓMEZ, Clara Maduell e ROCHA, Mariani Viegas da. Construindo e padronizando: um estudo histórico-cultural sobre corpos femininos. *Áskesis*, v. 7, n. 2, pp. 38-51, 2018. Disponível em: <https://revistaaskesis.ufscar.br/index.php/askesis/article/view/374>. Acesso em: 19 abr. 2025.
- GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexism na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, São Paulo, pp. 223-244, 1984.
- KAJIYAMA, Fabiane M.; SOUZA, Evelyn R.; PIO, Danielle A. M. *et al.* Violência obstétrica: Compreensão de profissionais acerca da legislação e do cuidado. *Saber*

- Científico, Porto Velho, v. 12, n. 1, pp. 1-11, 2023. Disponível em: <https://periodicos.saolucas.edu.br/index.php/resc/article/view/1916/1680>. Acesso em: 27 jun. 2024.
- KATZ, Leila; AMORIM, Melania Maria; GIORDANO, Juliana Camargo *et al.* Quem tem medo da violência obstétrica?. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [S. l.], v. 20, n. 2, pp. 623-626, 2020. DOI: <http://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>
- LANSKY, Sônia; FRICHE, Amélia Augusta de Lima; SILVA, Antônio Augusto Moura da *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*, [S. l.], v. 30, sup.1, pp. S192-S207, 2014. DOI: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>.
- LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; PEREIRA, Ana Paula Esteves *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [S. l.], v. 33, supl. 1, pp. e00078816, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>.
- LEITE, Tatiana Henriques; MARQUES, Emanuele Souza; CORRÊA, Rachel Geber *et al.* Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 29, n. 9, pp. e12222023, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.12222023>.
- LEMOS, Luana Freitas Simões e CUNHA, Ana Cristina Barros da. Concepções sobre morte e luto: Experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 35, n. 4, pp. 1120-1138, 2015. DOI: <http://doi.org/10.1590/1982-3703001582014>.
- LIMA, Kelly Diogo de; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza Maciel. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 26, supl. 3, pp. 4909-4918, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>.
- LORD, Audre. *Irmãs outsider*: ensaio e conferências. Belo Horizonte, Autêntica Editora, 2019.
- LUGONES, María. Colonialidad e Género. *Tabula Rasa*, [S. l.], n. 9, pp. 73-102, 2008.
- MADEIRO, Alberto; RUFINO, Andrea; SANTOS, Paloma *et al.* Objeção de Consciência e Aborto Legal: Atitudes de Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S. l.], v. 40, n. 1, pp. 86-92, 2016. DOI: <http://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e02382014>.
- MARIANI, Adriana Cristina e NASCIMENTO NETO, José Osório do. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *Cadernos da Escola de Direito | UNIBRASIL*, [S. l.], v. 2, n. 25, pp. 48-60, 2016. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernosdireito/article/view/3060>. Acesso em: 27 jun. 2024.
- MEDEIROS, Ana Paula; ANDRADE, Marcela Lança de; COSTA-DALPINO, Lilian Regiane de Souza. Maternidade e entrega de um bebê para a adoção: Um estudo de caso.

- Pensando Famílias*, Porto Alegre, v. 25, n. 2, pp. 129-142, 2021. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2021000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2021000200010). Acesso em: 27 jun. 2024.
- MEDEIROS, Rita de Cássia da Silva; NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do. “Na hora de fazer não chorou”: a violência obstétrica e suas expressões. *Estudos Feministas*, [S. l.], v. 30, n. 3, pp. e71008, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n371008>.
- MELLO, Anahi Guedes de e NUERNBERG, Adriano Henrique. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. *Estudos Feministas*, [S. l.], v. 20, n. 3, pp. 635-655, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000300003>.
- MELO, Cristina Teixeira Viera de e VAZ, Paulo Roberto Gibaldi. Perda gestacional e neonatal, um sofrimento como outro qualquer. *MATRIZES*, [S. l.], v. 13, n. 2, pp. 91-112, 2019. DOI: <http://doi.org/10.11606/issn.1982-8160.v13i2p91-112>.
- OLIVEIRA, Virgínia Junqueira e PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S. l.], v. 26, n. 2, pp. e06500015, 2017. DOI: <http://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>.
- OLIVEIRA, Tayse Ribeiro de; COSTA, Roxanny Enolylara Oliveira Lira; MONTE Nadiana Lima et al. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*, Recife, v. 11, n. 1, pp. 40-46, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11876>. Acesso em: 27 jun. 2024.
- PALMA, Carolina Coelho e DONELLI, Tagma Marina Scheiner. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*, [S. l.], v. 48, n. 3, pp. 216-230, 2017. DOI: <http://doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>.
- QUEIROGA, Maria Maurília. A família negra e a questão da reprodução. In: ENCONTRO DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 6., 1988, [S.l.]. *Anais* [...]. Olinda, Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), 1988. p. 323-340.
- SANTANA, Gabriele Winter; MAURIQUE, Luísa de Souza; GOMES, Rafael Martins et al. Prevalência e fatores de risco da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Debates em Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 12, pp. 1-23, 2022. DOI: <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2022.v12.376>.
- SANTOS, Bharbhara Farias dos; FRANÇA, Lara Nascimento; WANDEKOKEN, Kallen Dettmann et al. Violência obstétrica frente ao abortamento em um hospital de referência em Vitória/ES, Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, [S. l.], v. 24, n. 2, pp. 7-14, 2022. DOI: <https://doi.org/10.47456/rbps.v24i2.35795>.
- SANTOS, Franciele Alves; OLIVEIRA, Meyriane Costa de; DANTAS, Cândida Maria Bezerra. Índia mulher: Narrativa sobre identidade, corpo-território e autorreconhecimento. *Athenaea Digital. Jornal de Pensamento e Pesquisa Social*, [S. l.], v. 23, n. 2,

- pp. e3397, 2023. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v23-n2-santos-oliveira-dantas>. Acesso em: 21 abr. 2025.
- SAWAIA, Bader. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, Bader. (Org.). *As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, Vozes, 1999, pp. 97-118.
- SCALON, Celi. Desigualdade, pobreza e políticas públicas: notas para um debate. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, São Carlos, v. 1, n. 1, pp. 49-68, 2011. Disponível em: <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/20>. Acesso em: 2 mai. 2025.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, [S. l.], v. 20, n. 2, pp. 71-99, 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerrealidade/article/view/71721>. Acesso em: 27 jun. 2024.
- SOUZA, Ana Clara Alves Tomé de; LUCAS, Pedro Henrique Campolina Silva; LANA, Tahbatha Costa et al. Violência obstétrica: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 27, pp. e45746, 2020. DOI: <http://doi.org/10.12957/reuerj.2019.45746>.
- SOUZA, Charles V. B. S.; LIMA, Marcus E. O. e FERREIRA, Diogo C. S. Concepções de masculinidade hegemônica como mediadora do sexismo direcionado às mulheres. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, [S. l.], v. 39, pp. e39506, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e39506.pt>.
- TERRA, Aline de Miranda Valverde e MATOS, Ana Carla Harmatiuk. Violência obstétrica contra a gestante com deficiência. *Pensar*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, pp. 1-13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5020/2317-2150.2018.8744>.
- TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, pp. 1-12, 2015. DOI: [http://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013).
- VENDRÚSCULO, Cláudia Tomasi e KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: Do domicílio ao hospital, das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia | Ciências Humanas*, Santa Maria-RS, v. 16, n. 1, pp. 95-107, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>. Acesso em: 27 jun. 2024.
- VESCOVI, Gabriela e LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro. Percepção sobre o cuidado à perda gestacional: estudo qualitativo com casais brasileiros. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 43, pp. e252071, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003252071>.
- WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>.

YOSHIOKA, Anara Rebeca Ciscoto e OLIVEIRA, José Sebastião de. Violência obstétrica e a vulnerabilidade dos homens trans diante de seus direitos de personalidade nos serviços de saúde do Brasil. *Revista Observatorio de la Economia Latinoamericana*, [S. l.], v. 21, n. 12, pp. 26626-26655, 2023. DOI: <https://doi.org/10.55905/oelv21n12-171>.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; DE NADAL, Ana Hertzog Ramos de et al. Violência obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, v. 29, pp. e155043, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017V29155043>.

Data de recebimento: 14 de agosto de 2024

Data de aceite: 04 de julho de 2025

**Como citar este artigo:**

LOCH, Natália Salm; ROSA, Rogério Machado e ORLANDI, Renata. A violência obstétrica no Brasil: problematizações interseccionais sobre a expropriação de pessoas que gestam. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, v. 15, pp. 1-28, e151358. DOI: <https://doi.org/10.14244/contemp.v15.1358>.