

# RACISMO OBSTÉTRICO: A POLÍTICA RACIAL DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO NASCIMENTO

Texto de

**Dána-Ain Davis**

Centro de Estudos de Mulheres e Sociedade, Graduate Center,  
Universidade da Cidade de Nova York, Nova York, Estados Unidos

Tradução de

**Giovana Acacia Tempesta**

Universidade de Brasília | Brasília - DF - Brasil

**Morgana Eneile Tavares de Almeida**

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz | Rio de Janeiro - RJ - Brasil

Texto originalmente publicado em Davis, Dána-Ain. 2018. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical Anthropology* 38(7):560-573. DOI: <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>

A presente publicação foi autorizada pela autora e pelos editores da Taylor & Francis Ltd, os quais se mostraram sensíveis ao problema da violência obstétrica no Brasil. Na oportunidade, registramos o nosso agradecimento a todos eles e também a Bruna Pratesi de Oliveira, que gentilmente nos auxiliou na tradução de algumas construções frasais.

submissão: 18/08/2020 | aprovação: 22/12/2020

## RESUMO

No presente artigo, analiso relatos de parto de mulheres negras vivendo nos Estados Unidos. Esses relatos descrevem várias formas de racismo durante encontros médicos que aconteceram enquanto elas estavam grávidas ou durante o trabalho de parto e o parto. Na arena global da saúde da mulher, os problemas levantados são vistos como violência obstétrica. Entretanto, racismo obstétrico – enquanto evento e ferramenta de análise – captura melhor as particularidades do cuidado reprodutivo dispensado às mulheres negras durante os períodos pré e pós-natal. O racismo obstétrico é uma ameaça para desfechos de parto positivos. Eu argumento que profissionais da assistência ao parto, incluindo parteiras e doulas, fazem a mediação entre o racismo obstétrico e desfechos reprodutivos estratificados.

**Palavras-chave:** Estados Unidos; mulheres negras; trabalho de parto; encontros médicos; racismo obstétrico; gravidez.

Em uma noite no início de 2018, Josie, uma doula branca que eu entrevistei, enviou-me uma mensagem porque estava perturbada. Ela havia testemunhado sua cliente, Michelle, uma mulher negra atendida pelo Medicaid<sup>1</sup>, ser muito maltratada durante seu trabalho de parto e parto. Josie explicou que, depois que Michelle foi admitida no hospital, ela começou a ser monitorada pela equipe e recebeu Pitocina, a versão sintética da ocitocina, um hormônio que o corpo produz naturalmente, para induzir as contrações. Uma enfermeira disse a Michelle que seu colo do útero estava com aproximadamente cinco centímetros de dilatação, o que justificou a Pitocina, embora Josie, uma doula experiente e parteira em formação, acreditasse que Michelle estivesse provavelmente com uma dilatação de cerca de oito centímetros. De acordo com Josie, a equipe médica pareceu querer negar a Michelle uma experiência de parto semelhante àquela que uma outra cliente de Josie conseguira ter. Funcionários do hospital disseram à Michelle que somente uma pessoa seria admitida no quarto junto com ela, e que ela deveria escolher entre sua mãe e Josie. “Ela me escolheu”, disse Josie. Mas uma semana antes, Josie me contou, ela havia estado no mesmo hospital acompanhando uma mulher branca que tinha um plano de saúde privado, e havia seis pessoas no quarto com ela (Davis 2018)<sup>2</sup>.

1 Nota das tradutoras [N. T.]: Medicaid é o programa de saúde subsidiado pelo governo norte-americano, voltado para pessoas de baixa renda.

2 N. T.: As interseções de raça, gênero e classe permeiam todas as esferas da vida social, incluindo a assistência ao ciclo gravídico-puerperal, terreno de disputas conceituais que abrangem também a noção de violência obstétrica. A decisão por traduzir este artigo e o empenho que nos mobilizou expressam o reconhecimento da relevância da temática para o enfrentamento ao racismo estrutural, de modo a ampliar a sua visibilização perante os diversos agentes. Pensamos que este artigo se destina não só ao campo da antropologia, mas a todas as pessoas que atuam em prol do parto digno e respeitoso: doulas, parteiras, enfermeiras e médicos obstetras, entre outros profissionais, e àquelas que desejam parir ou acompanhar novos desfechos possíveis em outros cenários, em especial no âmbito do Sistema Único de Saúde, espaço em permanente construção e resistência. Desejamos que o trabalho sirva como um reforço à produção acadêmica brasileira da área. Bons frutos sejam.

Na sala de parto, Josie disse que Michelle sentiu vontade de empurrar, mas as enfermeiras e o médico lhe disseram para parar: eles afirmaram que havia um prolapso de cordão, situação na qual a cabeça do bebê está muito alta no canal vaginal e o cordão umbilical desceu. Mas a bolsa de Michelle ainda não havia rompido, então era improvável que houvesse um prolapso de cordão. Michelle acabou parindo e, embora não tivesse acontecido um sangramento importante, Josie ficou chocada quando o médico anunciou que Michelle estava com coágulos. Então, de acordo com Josie, o médico “interveio” para remover os coágulos. Além de ser violenta, a retirada manual agressiva dos coágulos logo após o parto pode causar infecção. Michelle estava gritando: “Pare! Pare!”. Após o parto, o filho de Michelle acabou sendo internado na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) devido a um problema congênito no intestino. Josie disse que os médicos fizeram Michelle sentir que o problema havia sido causado por ela, porque ela dera à luz “rápido demais”. Obviamente, um problema congênito não é causado pelo parto. Josie descreveu aquilo que ela testemunhou como estupro obstétrico (Davis 2018).

Porque seu filho ficou internado em uma UTIN,

Michelle foi uma das mulheres negras nos Estados Unidos que sofreu um desfecho de parto negativo. De acordo com Stacey D. Stewart, presidente da March of Dimes – uma organização internacional que busca diminuir a mortalidade infantil e os problemas de saúde que se manifestam no nascimento –, em 2016 a taxa de parto prematuro entre mulheres negras foi 49% mais alta que a taxa relativa a todas as outras mulheres (March of Dimes 2017). Essas disparidades são indicativas da reprodução estratificada na qual as desigualdades de raça, classe, gênero, cultura e status produzem desfechos reprodutivos diferenciados (Colen 1995). Os desfechos diferenciados que atingiram Michelle foram produzidos pelo que chamo de racismo obstétrico.

O racismo obstétrico tem lugar na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo médico<sup>3</sup>. Violência obstétrica é uma forma de violência baseada em gênero experimentada por pessoas que dão à luz e que são submetidas a atos de violência que resultam em sua subordinação porque são pacientes obstétricas. O termo sugere que a violência institucional e a violência contra as mulheres se fundem durante a gestação, o parto e o pós-parto (Women’s Global Network for Reproductive Rights 2017). Violência obstétrica

<sup>3</sup> N. T.: Neste artigo, a expressão “racismo médico” (medical racism) não se restringe às atitudes do profissional médico, mas abrange os diversos profissionais e eventos envolvidos na assistência à gestação, ao parto e ao pós-parto.

abrange tratamento desumano, abuso médico e violações (*birth rape*) durante a gravidez. O termo exprime as consequências explicitamente prejudiciais causadas pelos profissionais médicos quando exercem domínio reprodutivo sobre as mulheres em países como México e Argentina (Dixon 2015; Elmir et al. 2010; Vacaflor 2016). Nos Estados Unidos, alguns pesquisadores veem a violência obstétrica como um fenômeno experienciado por determinadas mulheres. Por exemplo, mulheres brancas de classe média estão “mais expostas aos efeitos da medicalização e da tecnologia”, devido ao acesso a planos de saúde privados (Shabot 2015:232). Outros investigam os limites e as possibilidades legais de usar esse enquadramento nos Estados Unidos, em relação aos direitos humanos (Borges 2018; Diaz-Tello 2016).

Ainda que a violência obstétrica seja uma ferramenta analítica potente para compreender como o abuso é experimentado a qualquer tempo durante os processos de assistência à saúde materna, ela não leva em conta de maneira adequada os contornos do racismo que se materializam nos encontros médicos das mulheres negras. Inspirada em Gilmore (2007), eu defino racismo como práticas sancionadas institucionalmente pelo estado, que tornam grupos particulares mais vulneráveis a riscos e à morte prematura. A história do racismo médico nos Estados

Unidos influencia profundamente os encontros médicos das mulheres, e esses encontros têm sido perniciosos. Racismo obstétrico, eu proponho, constitui uma ameaça a desfechos positivos para pacientes obstétricas.

Racismo médico ocorre quando a raça do paciente influencia as percepções do médico, bem como o tratamento e/ou as decisões relativas ao diagnóstico, colocando o paciente em risco. Histórias sobre experimentos médicos com afro-americanos explicitam o profundo desprezo que as profissões médicas ostentam em relação às vidas negras, tratando as pessoas como “material clínico” (Hoberman 2012; Washington 2006). Por exemplo, pacientes negros têm sido submetidos a diagnósticos racialmente estratificados, resultando na negativa de oferta de medicação para dor, com base na crença de que eles suportam melhor a dor do que outros grupos demarcados (Fabien 2017; Hoffman et al. 2016).

Ideias negativas sobre mulheres negras, tais como a sua suposta promiscuidade, revelam a dimensão gendrada [i. e., marcada por especificidades de gênero] do racismo médico (Hoberman 2012). O racismo médico está entremeado à narrativa histórica sobre reprodução e práticas ginecológicas e obstétricas na qual os corpos das mulheres negras foram avaliados como “supercorpos médicos” (Cooper Owens 2017:77).

Um “supercorpo” é valioso para o trabalho e a experimentação – como os experimentos ginecológicos para estudar a fistula vesicovaginal –, mas a mulher em si não é digna de ser tratada com humanidade. Há numerosos exemplos de abuso reprodutivo sofrido por mulheres e garotas negras. Os abusos vão desde a capitalização da reprodução das mulheres negras para sustentar a economia escravocrata e o uso de mulheres escravizadas no desenvolvimento da ginecologia (Berry 2017; Cooper Owens 2017) até o caso das irmãs Relf, com 12 e 14 anos de idade. Neste caso, os médicos esterilizaram, sem permissão, as duas garotas negras e pobres que viviam no Alabama. Outro exemplo de abuso reprodutivo foi o uso não autorizado do contraceptivo Depo Provera, um medicamento cancerígeno, em 4.700 mulheres negras (Washington 2006). Uma modalidade diferente de abuso reprodutivo foi a difamação do papel de parteiras, desempenhado pelas mulheres negras nos séculos XIX e XX, quando a medicina obstétrica se tornou a intervenção legitimada na assistência ao parto (Wilkie 2003).

O termo racismo obstétrico é uma extensão da estratificação racial e está inscrito tanto na estigmatização historicamente construída das mulheres negras como nas lembranças de suas

interações com médicos, enfermeiras e outros profissionais médicos durante e após a gestação. O racismo obstétrico é uma ameaça para a vida das mães e para os desfechos neonatais. O termo inclui, mas não se limita a, lacunas críticas de diagnóstico; negligência, desdém e desrespeito; causar dor; e exercer abuso médico por meio de coerção à realização de procedimentos ou de realização de procedimentos sem consentimento. Um fluxo de racismo, segregação e policiamento historicamente constituído informa as interpretações das mulheres sobre esses encontros. O racismo obstétrico emerge especificamente no cuidado obstétrico e coloca as mulheres negras e seus filhos em risco.

Neste artigo, eu coloco em relevo as interpretações das mulheres negras sobre suas interações com os profissionais médicos quando elas têm acesso ao cuidado pré-natal, durante o trabalho de parto e o nascimento, e, ao fazer isso, eu aponto os danos causados pelo racismo obstétrico. Este artigo se fundamenta em uma pesquisa com algumas mulheres negras e profissionais da assistência ao parto<sup>4</sup>, que mostra que as consultas médicas pré-natais e pós-parto ocorrem em termos racializados, independentemente de o atendimento acontecer em serviços públicos ou privados. Mulheres e profissionais da assistência ao parto

4 N. T.: Estamos traduzindo birth workers por profissionais da assistência ao parto, obstetric care por assistência obstétrica e birth outcomes por desfechos de parto porque estas expressões são de uso corrente nos círculos brasileiros envolvidos com a atenção ao parto. Importa enfatizar que a prematuridade é a principal causa de mortalidade infantil.

relatam as formas como o racismo assombrou as gestações, os trabalhos de parto e os partos de mulheres negras. A partir de suas narrativas, eu argumento que as práticas e os procedimentos que algumas mulheres descreveram exemplificam o racismo obstétrico. Em primeiro lugar, eu situo a discussão no contexto da literatura sobre desfechos de parto negativos, no escopo de uma antropologia da reprodução e do subconjunto de pesquisadoras que se dedicam à antropologia da raça e da reprodução nos Estados Unidos. Em segundo lugar, descrevo a abordagem metodológica do estudo. Em terceiro lugar, apresento três estudos de caso de encontros médicos de mulheres negras durante a gestação, a fim de elucidar o conceito de racismo obstétrico. Finalmente, examino o papel dos profissionais da assistência ao parto que procuram intervir e, sempre que possível, reduzir a medicalização do parto e os encontros obstétricos racistas vividos pelas mulheres.

## REPRODUÇÃO, RAÇA E RACISMO

Raça e classe frequentemente confundem nossa compreensão sobre os desfechos de parto negativos nos Estados Unidos. Em outras palavras, os pesquisadores geralmente enquadram desfechos adversos em termos de ser negra (ou não branca), ter baixa renda, baixo nível de escolaridade e comportamentos de risco, tais como tabagismo e

consumo de álcool (Centers for Disease Control 2017; Florio 2014). Outro enquadramento sugere que a capacidade reprodutiva das mulheres negras decresce ao longo do tempo. Conhecida como a “hipótese do desgaste”, essa perspectiva propõe que uma deterioração global anterior da saúde, partindo da acumulação de várias desvantagens, contribui para a prematuridade e o baixo peso do bebê ao nascer (Geronimus 1996). Outros pesquisadores sugerem que a genética contribui para o risco de as mulheres negras terem piores desfechos (Amini et al. 1994). Entretanto, muitos pesquisadores argumentam que o apego excessivo às explicações genéticas leva a subestimar as causas socioeconômicas, fazendo crer que as disparidades são uma expressão biológica das relações raciais (Krieger 2003; Non e& Gravlee 2016).

Para complicar o argumento da base socioeconômica dos desfechos de parto negativos, há a pesquisa mostrando que mulheres negras com os níveis de escolaridade mais altos têm índices de desfechos de parto piores que os das mulheres brancas com os níveis de escolaridade mais baixos (New York City Department of Health and Mental Hygiene 2016; Schoendorf et al. 1992). Consequentemente, é razoável compreender o racismo como fator de mediação na investigação dos resultados reprodutivos experimentados pelas mulheres negras. Colocando de outra forma, raça

não é um elemento genético ou biológico, mas o racismo pode influenciar problemas de saúde como hipertensão ou níveis de cortisol elevados (Richman & Jonassaint 2008).

Levando em conta o apelo de Ginsburg e Rapp para colocar a reprodução no centro da teoria social (Ginsburg & Rapp 1995), pesquisadoras feministas assumiram o projeto de teorizar a reprodução, focalizando desde considerações sobre como o feto sobrepujou a mãe (Casper 1998) até análises culturais da tecnologia reprodutiva (Franklin 2013). A pesquisa feminista também focalizou o uso crescente da tecnologia reprodutiva, o que resultou em importantes críticas e reflexões sobre reprodução transnacional (Deomampo 2016; Twine 2011). Outros pesquisadores examinaram a reprodução estratificada para iluminar a maneira como as iniquidades se fundamentam em processos sociais de reprodução, bem como o papel que o racismo desempenha nos resultados reprodutivos em termos sociais e biológicos (Colen 1995; Mullings 1995).

Informada por esse conhecimento feminista, neste artigo estou preocupada com a sobreposição de reprodução e racismo. Eu me inspiro na análise de Roberts (1997), que mostra de que formas a história, a política e as práticas racistas emergiram e controlaram a reprodução das mulheres negras desde o período escravocrata. Mais recentemente,

Mullings & Wali (2001) teorizaram a relação entre racismo e reprodução iluminando o impacto do racismo e das restrições estruturais que as mulheres negras enfrentam sobre questões de moradia, renda e cuidados, entre outros elementos que aumentam a probabilidade de morte e adoecimento. Gutiérrez (2008) mostra como as ansiedades raciais informam a retórica nativista que representa as mulheres de origem mexicana como hiperfêrteis, uma retórica que conduziu à esterilização compulsória nos anos 1970. Bridges (2011) aponta para os procedimentos sancionados institucionalmente que resultam na racialização de mulheres grávidas beneficiárias do Medicaid, o seguro de saúde público destinado a pessoas de baixa renda. Em graus variados, esses estudos atentam para os aspectos culturais dos desfechos de parto em relação a raça e racismo.

Um dos primeiros estudos que examinou as consequências biológicas do racismo nos desfechos de parto foi publicado no ano 2000 (J. Collins et al. 2000) e foi sucedido por outros estudos que demonstraram que o estresse associado ao racismo pode aumentar o risco de parto prematuro (Rich-Edwards et al. 2001). Análises interseccionais de opressões de classe, raça e gênero consistem em um foco importante para a compreensão da reprodução das mulheres afro-americanas (Lane 2008; Mullings & Wali 2001). Mas, ainda que as mulheres negras pobres e de baixa renda estejam frequentemente

mais sujeitas a desfechos de parto negativos, o problema aflige as mulheres negras de todas as classes (ver, por exemplo, Paisley-Cleveland 2013). Porque este artigo focaliza mulheres negras com curso superior e/ou com renda média e alta, eu faço uma advertência em relação ao uso do tropo da pobreza, [um elemento retórico] que geralmente é usado como panaceia para explicar desfechos de parto adversos. Eu sugiro que a experiência e o relato das mulheres sobre os encontros médicos pode ser um *locus* central para compreender as práticas médicas que revelam o racismo obstétrico e para levantar questões fundamentais sobre a assistência obstétrica que as mulheres negras recebem, independentemente de seu status de classe.

## METODOLOGIA

Parte de um projeto maior iniciado em 2011, este artigo é baseado em uma pesquisa sobre raça e injustiça reprodutiva (Davis 2019). Mais especificamente, eu examino gestação, prematuridade, trabalho de parto e parto entre mulheres negras que obtiveram alto nível de escolaridade e/ou status profissional. Durante a pesquisa eu entrevistei e levantei histórias orais de aproximadamente 50 pessoas, incluindo mães e pais e profissionais da assistência ao parto – ou seja, parteiras, doulas (que não oferecem assistência médica, mas oferecem suporte) e

defensores da justiça reprodutiva. Profissionais médicos como neonatologistas, enfermeiras neonatais, enfermeiras que acompanham trabalho de parto e parto e administradores que trabalham ou já trabalharam na March of Dimes também foram entrevistados.

Eu coletei relatos de parto, um tipo de história oral, de 17 pais – 14 mães e três pais. Duas mães eram filipinas e uma era branca; os demais pais e mães se identificaram como negros. Esses pais e mães residiam por todo o país, e o estado onde moravam no momento da entrevista não coincidia necessariamente com o local de nascimento de seus filhos. Exceto em cinco casos, os pais iniciaram o contato comigo por meio de pessoas cientes de que eu estava entrevistando pais cujos filhos haviam sido internados em unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN). Em três casos, os pais não falaram sobre parto prematuro ou internação na UTIN, mas preferiram, ao invés disso, descrever os incidentes que tiveram com profissionais médicos. Eu falei com os pais tanto pessoalmente como por telefone, em conversas que duraram entre 90 minutos e duas horas. Em vários casos, houve de duas a quatro conversas. Porque seus filhos já haviam nascido e sobrevivido (exceto em um caso), os relatos dos pais foram ricos, pontuados por suspiros de ansiedade e alívio, silêncios, vozes trêmulas e lágrimas.

Não havia uma geografia específica de racismo ou prematuridade, então a pesquisa não seguiu um contorno geograficamente delimitado. No entanto, houve dois espaços de observação etnográfica: UTIN e cursos e oficinas de treinamento voltados para profissionais da assistência ao parto. Eu realizei observação etnográfica em quatro UTIN, cada uma em um estado diferente: Nova York, Connecticut, Minnesota e Louisiana.

O segundo espaço de observação etnográfica aconteceu em programas de treinamento de doulas, oficinas, reuniões e conferências em Nova York e Washington, DC. Eu também fiz o treinamento de doula durante a pesquisa.

Esses engajamentos foram cruciais para compreender as articulações do racismo ao longo do tempo e do espaço. Por exemplo, a localização das entrevistas e das observações variou. As mães e os pais compartilharam histórias de crianças nascidas entre sete meses e 35 anos antes da ocasião da entrevista, o que me mostrou que o fenômeno do racismo obstétrico é persistente. Ainda que as mulheres tenham descrito graus e formas variáveis de racismo ao longo do tempo, a inclusão, no projeto, de profissionais da assistência ao parto que procuram reduzir as disparidades raciais nos desfechos de parto enfrentadas pelas mulheres negras sugere que o problema não é intratável.

## **RACISMO OBSTÉTRICO**

Estou assumindo a abordagem do feminismo negro para examinar a reprodução, por isso coloco em primeiro plano a raça e o gênero na produção de conhecimento sobre o tema. O conhecimento é produzido por meio de narrativas nas quais as e os participantes refletem sobre a experiência (P. Collins 2000). A teoria feminista negra toma as histórias das mulheres como evidência e como fundamento da teoria porque a intersecção de raça, gênero, classe e sexualidade frequentemente se expressa de formas mais complexas nas vidas das mulheres negras. A partir da experiência vivida, podemos examinar o racismo obstétrico, enquanto enquadramento analítico, como uma ameaça para a saúde e o bem-estar das mulheres negras.

### **CASO 1. “EU PROCUREI ATENDIMENTO”**

Em 2008, Yvette Santana, uma mulher negra que trabalhava como administradora, estava com 40 anos. Yvette era casada, mas ela e seu marido Carlos moravam em dois estados diferentes – ela na Carolina do Norte e ele em Washington, DC. Quando eles descobriram que Yvette estava grávida de gêmeos, ficaram contentes com o fato de que, após duas cirurgias para remoção de miomas uterinos, ela havia engravidado por meio de fertilização *in vitro* (FIV).

O ginecologista obstetra de Yvette era um

homem branco, especialista em gestação de alto risco. Embora Yvette tenha me contado que demonstrara sua preocupação com sua gravidez para seu médico, ele lhe disse que ela não era uma gestante de alto risco porque ela não tinha diabetes ou pressão alta. Yvette pensava de forma diferente e quis que o médico a tratasse com mais atenção. O médico não apenas minimizou as complicações que a gestação poderia apresentar, como, quando Yvette implorou a ele que a levasse mais a sério, ele se negou a fazê-lo. Yvette pareceu chocada quando me contou que o médico perguntou se ela estava tentando “se tornar de alto risco”, sugerindo que ela era hipocondríaca. Na interpretação de Yvette, o médico a estava responsabilizando pelo seu próprio bem-estar, apelando para algum misterioso poder da vontade.

Com a gestação mais avançada, Yvette planejou uma viagem para Washington, DC, para ver seu marido e se encontrar com um ginecologista obstetra que concordava que sua gravidez poderia ser problemática. Na semana em que iria viajar, Yvette não se sentiu bem. Mantendo a consulta pré-natal com o médico da Carolina do Norte, Yvette queria se certificar de que era seguro fazer a viagem. De acordo com Yvette, o médico respondeu que não haveria problema. Depois de embarcar, ela ainda não se sentia bem, e, quando o avião aterrissou, Yvette foi direto para o atendimento de

emergência. A equipe de emergência não acreditou que houvesse algum problema, mas algumas horas depois Yvette deu à luz os gêmeos, com apenas 26 semanas de gestação. Cada bebê pesou menos de um quilograma – eram bebês de peso muito baixo. Ambos foram internados na UTIN, onde, Yvette me contou, os funcionários comentavam sobre a força dos bebês negros e lhe garantiram que eles ficariam bem. Mas, depois de quase um mês, um dos bebês faleceu devido a uma infecção hospitalar (Davis 2019).

Durante nossa conversação, Yvette correlacionou sua experiência ao racismo. Primeiro ela lembrou que os profissionais médicos frequentemente responsabilizam as mulheres negras pelos desfechos de parto negativos. “Eles acham que nós não procuramos atendimento pré-natal e que esta é a razão pela qual acabamos tendo partos prematuros com bebês sendo internados na UTIN. Mas eu procurei atendimento”, Yvette sublinhou. Mesmo que alguns pesquisadores indiquem o início tardio do pré-natal como fator que influencia os desfechos de parto, Yvette argumenta que ela e outras mulheres negras desafiam esta percepção. Ela não apenas procurou atendimento pré-natal como também reivindicou a garantia do tipo de cuidado pré-natal que ela acreditava ser importante naquela situação; outras mulheres entrevistadas também

apontaram isso em relação às suas experiências. Yvette expressou descrença ao lembrar que seu médico havia negligenciado sua gravidez de alto risco, fato que ela atribuiu ao racismo. Ela disse que procurou um bom atendimento e que tinha um especialista em gestação de alto risco, mas ele lhe disse que ela não era de alto risco baseado na ausência de indicadores de saúde presumivelmente racializados.

Recentemente, vários artigos chamaram a atenção para o fato de que a equipe médica não ouviu adequadamente as mulheres negras quando elas manifestam preocupação em relação à sua saúde. Foi exatamente isso que aconteceu com a tenista Serena Williams, cujas solicitações iniciais para o atendimento pós-parto não foram atendidas (Gay 2018). O pessoal médico negligenciou as preocupações dela com a sua saúde.

Yvette também percebeu o comentário de uma funcionária da UTIN, que racializou a força e a capacidade de sobrevivência dos bebês negros, como um indicativo de que, se seus bebês fossem brancos, eles teriam sido vistos como frágeis e teriam sido tratados de um modo diferente. Ela sugeriu que a negligência e estereótipos racistas influenciaram o tratamento dos bebês. Ainda que as infecções hospitalares não tenham sido um dos fatores examinados, um recente estudo da universidade de Stanford indicou que bebês negros

na UTIN recebem atendimento qualitativamente inferior em comparação com outros bebês (Profit et al. 2017).

Yvette estava ciente de que a culpa recai sobre as mulheres negras devido à crença de que elas não procuram atendimento pré-natal. Certamente, o atendimento à saúde não é sempre acessível, mas a inacessibilidade pode resultar de experiências passadas negativas, que também são barreiras para receber atendimento. Por exemplo, um achado-chave na pesquisa “Reproductive Injustice: Racial and Gender Discrimination in U.S. Health Care” [Injustiça Reprodutiva: discriminação de raça e gênero no atendimento à saúde nos Estados Unidos] foi que a discriminação constitui um obstáculo ao acesso à assistência (Center for Reproductive Rights 2014).

Então, temos a interpretação de Yvette sobre o tratamento que ela e seus bebês receberam. Num primeiro momento, Yvette destaca a justificativa racista que seu médico usou para invalidar as preocupações com os riscos envolvidos na sua gestação – pois ela não possuía os “marcadores” geralmente associados a pessoas negras, como pressão alta e diabetes. De modo perturbador, este não foi um lapso da parte do médico, mas uma compreensão reducionista de risco referente à saúde de mães e bebês negros. O racismo leva os profissionais médicos a interpretarem a ausência

de um indicador de saúde presumivelmente característico de uma raça específica como justificativa para supor que uma pessoa não corre nenhum risco. Num segundo momento, podemos perguntar de que formas, diretas ou indiretas, o médico poderia ser responsabilizado pelo parto prematuro dos gêmeos e pela morte de um deles. A má vontade do médico em levar a sério as preocupações de Yvette com a própria gestação indica como o racismo estruturalmente incorporado impede os profissionais médicos de ouvirem seus pacientes (Tello 2017). A rejeição do médico em relação às apreensões de Yvette não configura apenas negligência, mas também é um exemplo de racismo obstétrico porque, de acordo com ela, o profissional avaliou seu quadro de saúde relacionando-o à raça, o que gerou uma falácia interpretativa que impediu um cuidado de melhor qualidade, que considerasse o risco potencial envolvido no caso de Yvette.

## **CASO 2. “EU QUERIA UM PARTO TRANQUILO”**

Antes de ser uma mãe e dona-de casa quando seu filho Junior nasceu, em 2016, Crystal Rainey era uma funcionária paga por hora em uma agência de serviços sociais que atendia crianças autistas, onde, segundo ela, estava “fazendo bom uso de seu diploma de psicologia”. Depois de conversar um pouco, eu pedi a Crystal, então com 28 anos,

para me contar sua história de parto. Crystal começou dizendo que sabia que, quando as pessoas a encontravam, pensavam estar diante de uma adolescente. A importância deste comentário ficou mais evidente depois. Crystal descreveu os fatores que influenciaram a forma como ela queria parir: porque as pessoas negras estão mais sujeitas ao policiamento, Crystal tinha medo de perder seu filho ou seu marido para a violência. Além disso, o conhecimento de Crystal sobre as experiências negativas das mulheres negras no sistema médico contribuiu para que ela pesquisasse sobre diferentes modalidades de parto.

Ela se decidiu por um parto alternativo, especificamente um parto em casa. Entretanto, seu marido estava aflito porque ela não teria o bebê no hospital, então eles decidiram ter uma doula e ter o parto num centro de parto normal. Junto com sua doula Adowa, Crystal redigiu um plano de parto que não incluía Pitocina nem cesariana. Crystal desejava ter contato pele a pele com o bebê e amamentar logo após o parto, prática que a maioria dos profissionais sugere que se inicie entre uma e quatro horas após o parto. Crystal estava determinada a “ter um parto tranquilo”, que simbolizaria o tipo de relação que ela manteria com seu filho (Davis 2019).

Quando Crystal entrou em trabalho de parto, com 40 semanas, ela chamou Adowa e foi para

o centro de parto normal. Logo depois de sua chegada, a equipe do centro de parto transferiu Crystal para a sala de emergência de um hospital público local, antes que Adowa chegasse. O líquido amniótico de Crystal continha mecônio e a equipe do centro de parto teve receio de que o feto aspirasse a substância, isto é, que o recém-nascido inalasse as primeiras fezes. Crystal disse que a sala de emergência estava caótica e parecia um apocalipse. Havia pessoas com ferimentos a bala e havia sangue por todo lado. Ela ficou feliz por finalmente ser levada para um quarto. Lá Crystal conheceu a obstetra negra que acompanharia seu parto, a quem Crystal descreveu como “desagradável”. Crystal mencionou que ela tinha um plano de parto e que sua doula estava chegando em breve, mas, em resposta, a obstetra disse: “Isso [o plano de parto] não será respeitado”. Crystal não sabia e ninguém lhe disse que o plano de parto precisava ser abandonado devido ao risco de aspiração do mecônio, que pode causar sofrimento fetal e levar a uma cesárea de emergência. Desconhecendo essas consequências e sem a presença da doula para mediar a interação com a obstetra – que certamente teria sido importante para explicar a situação –, Crystal se manteve firme e continuou insistindo para que eles seguissem o plano de parto, mas a doula chegou tarde demais para ajudar. Tudo aquilo que Crystal não queria que

acontecesse aconteceu. Ela lembra: “Foi a típica coisa que o hospital faz e que eu queria evitar”. Crystal recebeu Pitocina e anestesia e, então, passou por uma cesariana.

Quando Junior (assim chamado por causa de seu pai) nasceu, Crystal o viu rapidamente. A equipe o levou para a UTIN porque, eles disseram, havia mecônio no líquido amniótico. Mais tarde Crystal descobriu que Junior não havia inalado mecônio. Na opinião de Crystal, o hospital manteve Junior na UTIN por cinco dias como punição pelo fato de ela ter reivindicado que seu plano de parto fosse seguido. Crystal sentiu que os médicos a viram como “apenas mais uma garota negra que poderia ser ignorada” e que mantiveram seu filho na UTIN porque ela insistiu que tinha uma opinião durante seu parto. “Talvez eu esteja errada”, Crystal disse. Mas seu marido e sua doula compartilharam da sua suspeita. Com uma voz pouco audível, ela contou:

Era como se ele [Junior] estivesse na prisão. A UTIN ficava longe do lugar onde eu estava, eu tinha acabado de passar por uma cesárea e tinha que caminhar até um outro andar para vê-lo. As portas eram pesadas e era difícil porque eu não podia usar os músculos abdominais. Eu também queria amamentar em livre demanda. Eu ia lá em cima, mas eles me mandavam embora e me diziam para voltar depois. Mas era difícil me movimentar.

Nos dias que se seguiram ao parto, Crystal perguntou por que seu filho estava na UTIN. No

primeiro dia, um residente lhe disse com desdém: “Porque precisamos monitorá-lo”. No segundo dia, ela perguntou a um outro residente e ele disse que não tinha certeza, mas que olharia a ficha de Junior, que continha um exame de pulmão. Depois que o residente contou a Crystal que os pulmões de Junior pareciam típicos de um bebê saudável, ela disse: “Então, se ele parece um recém-nascido típico, por que ainda está aqui?”. Crystal também perguntou à equipe da UTIN por que Junior estava recebendo líquido por via intravenosa. Um membro da equipe disse que Junior não estava recebendo líquido suficiente através da amamentação. “Graças a Deus eu tinha participado de todas as aulas de preparação para o parto porque eu lhe perguntei: ‘Você não pode avaliar se ele está recebendo líquido por meio da fralda? Se ele está urinando, então podemos saber que ele está ingerindo líquido’”. De acordo com Crystal, depois desse comentário a equipe médica respondeu: “Ah, sim, você está correta”.

A experiência de Crystal ilustra novamente o paradigma do racismo obstétrico. Podemos começar com a preocupação de que ela parecia jovem e seria encaixada nas ideias estereotipadas que circulam sobre adolescentes negras solteiras que engravidam. O legado da “família negra patológica” é uma narrativa que muitas mulheres negras podem recitar e seu “mal comportamento” reprodutivo

tem uma história sórdida, que remonta ao relatório datado de 1965 de Daniel Patrick Moynihan sobre a família negra “desestruturada” (Solinger 2007). A aparente falta de informação que atingiu Crystal, sua consciência das representações negativas que circulam sobre jovens negras e as formas como ela se sentiu desrespeitada e tratada com hostilidade convergem para produzir o racismo obstétrico.

Finalmente, Crystal sentiu que Junior ficou na UTIN mais tempo que o necessário como punição pelo fato de ela ter se mostrado decidida em relação ao tipo de parto que desejava, como foi confirmado por seu marido e pela doula. À luz dos comentários iniciais de Crystal sobre o policiamento da vida negra, não surpreende que ela tenha visto a internação de seu filho na UTIN como o equivalente a uma estada na cadeia. Quer o hospital tenha ou não punido Crystal ao manter Junior na UTIN, a experiência de ter sido separada de seu filho é um lembrete da tenacidade dos laços familiares entre pessoas negras. Esses laços foram e continuam a ser abalados pela interferência institucional da assistência social e do sistema médico (Roberts 2002; Silver 2015). Além disso, a antecipação da violência que seu filho enfrentará enquanto pessoa negra se alinha com as formas como as pessoas negras lidam com o risco, a partir de uma compreensão profunda e corporificada da desigualdade estrutural.

### **CASO 3. “EU CONSIGO LER NAS ENTRELINHAS. FOI RACISMO”**

Jessica Carter cresceu no Centro-Oeste dos Estados Unidos, embora seus pais sejam da parte oeste do continente africano. Jessica, que está na casa dos 30 anos, tem um filho de seis anos chamado Adante. Em 2011, Jessica tinha acabado de se formar na faculdade e recebeu uma proposta de emprego em Atlanta, Georgia, como gerente de projetos em uma empresa de serviços públicos. Ela ficou grávida e, ainda que soubesse muito pouco sobre trabalho de parto e parto, ela disse que pesquisou e, com o apoio de familiares e amigos, decidiu que queria intervenções médicas moderadas durante seu trabalho de parto e parto. Impossibilitada de custear os serviços de uma parteira e uma doula negras para ter um parto domiciliar, Jessica por fim escolheu uma equipe que contava com cinco ou seis parteiras, as quais ela “amou”, com exceção de uma, uma parteira branca chamada Linda.

Todas as vezes em que Jessica se encontrou com Linda para os check-ups, Linda expressou surpresa pelo fato de Jessica ter um emprego tão bom. Isso levou Jessica a crer que “Linda era racista”. Quando eu perguntei por que ela pensou isso, Jessica disse: “Olhe. Eu cresci como uma mulher negra na América e eu sei o que esse tipo de comentário significa.

Eu consigo ler nas entrelinhas. Foi racismo”. De acordo com Jessica, as palavras não pronunciadas nas perguntas de Linda eram que Jessica tinha um bom emprego “para uma pessoa negra”. Jessica foi forçada a lidar com a atitude de constante surpresa de Linda em relação ao fato de que Jessica tinha um alto nível de escolaridade e estava bem empregada, e essas interações geraram desconfiança. Jessica desejou que outra parteira a atendesse quando ela entrasse em trabalho de parto.

Como queria minimizar as intervenções médicas, Jessica ficou em casa durante o trabalho de parto pelo maior tempo possível, com o suporte de sua doula e de seu marido. Quando sentiu que estava na hora, Jessica ligou para a equipe para ter uma avaliação. Linda atendeu e, na opinião de Jessica, ela foi desatenta. Quando as contrações ficaram mais regulares, Jessica ligou novamente para Linda. Linda pediu à doula para avaliar a dilatação do colo do útero de Jessica, embora esta não seja uma prática aprovada para doulas: não se espera que elas façam exames clínicos.

Jessica foi para o hospital e continuou em trabalho de parto por dez horas. Linda não estava presente nas fases iniciais, mas apareceu perto do final. Jessica se sentiu abandonada,

deixada nas mãos da equipe médica do hospital, que minou sua autonomia para dar à luz da forma como ela havia imaginado. A equipe médica prendeu Jessica a um monitor fetal, que limitou seus movimentos, e lhe aplicou Pitocina: “Nada disso foi o que eu queria. E quando Linda finalmente apareceu, ela mal fez o trabalho que deveria fazer”, ou seja, ajudar Jessica a conduzir seu trabalho de parto e parto. O golpe final aconteceu após o parto vaginal, no qual Jessica sofreu uma laceração de segundo grau. Linda começou a costurar Jessica sem aplicar uma medicação para alívio da dor: um procedimento que me faz lembrar as práticas abusivas da ginecologia oitocentista, como as realizadas pelo dr. J. Marion Sims, que submeteu mulheres escravizadas a experimentos sem o uso de anestesia, supostamente em prol do avanço da ginecologia (Cooper Owens 2017).

Camadas de racismo obstétrico constituem o relato de parto de Jessica. Jessica estava frustrada com a preocupação de Linda em relação ao status de seu emprego, o que ela encarou como uma expressão de “presunção de incompetência”. Presunção de incompetência é quando a sociedade dominante presume que um grupo minoritário não pode obter sucesso (Gutiérrez y Muhs et al. 2012). Esse

descrédito, articulado como surpresa e espanto diante das conquistas das pessoas de cor, é uma forma passiva de desrespeito agressivo ou microagressão. O quase abandono de Linda em termos de apoio ao trabalho de parto e ao parto de Jessica pode ser atribuído ao fato de Jessica ter sido vista como excessivamente assertiva, resultando em uma determinada classificação da paciente pela equipe médica. Conversas com duas enfermeiras e uma doula, todas brancas, revelaram que os profissionais médicos por vezes ficam irritados com pacientes ou familiares que desafiam a sua autoridade. Adicionalmente, “há uma camada extra de irritação [entre os profissionais médicos] se a pessoa que desafia é negra. Eu vi isso em todos os lugares nos quais trabalhei”, disse Lee, que foi enfermeira e gestora por trinta anos. “Na minha mente”, ela continuou, “eu posso ouvi-los pensando que o paciente é estúpido. Isso é desrespeitoso e é racismo”. Josie, a doula de trinta anos que compartilhou comigo a história de Michelle, disse que, em sua experiência, quando mulheres negras demonstram a vontade de exercer controle sobre seu próprio parto, “algumas enfermeiras e médicos, independentemente de sua própria raça, punem as mães negras. É como se elas não merecessem ter o tipo

de parto que gostariam de ter”. Além de ter sido desrespeitosa, Jessica incluiu na lista de violações cometidas por Linda o fato de ela ter se eximido de responsabilidade ao pedir a uma doula que realizasse um exame clínico, ademais colocando a doula numa posição delicada, que poderia fazer com que ela perdesse a sua certificação; e sua ausência nos estágios iniciais do trabalho de parto, o que deixou Jessica vulnerável ao processo de medicalização que ela tentara evitar. Atada à tecnologia e à medicalização, Jessica sustentou que todos os procedimentos aos quais ela foi submetida foram realizados sem o seu consentimento. Todas essas ocorrências – presunção de incompetência, desrespeito, intervenções sem consentimento e procedimentos dolorosos (sem anestesia) – foram, na visão de Jessica, racialmente motivadas, portanto exemplos de racismo obstétrico.

### **ROMPENDO COM O RACISMO OBSTÉTRICO**

Raramente, se é que alguma vez o foram, as vidas reprodutivas das mulheres negras são respeitadas. Em termos de gestação e desfechos de parto, a assistência médica certamente é influenciada pela raça (Grant 2016). Retomando o papel que as mulheres negras historicamente desempenharam

como parteiras – após terem sido forçadas ao exílio nos séculos XIX e XX, quando a medicina obstétrica se consolidou (Wilkie 2003) –, o cuidado provido pela doulagem e pela parteria está florescendo (Cruz 2015). Entre os entrevistados, especialmente as doulas e as parteiras procuram romper com o caráter medicalizado e tecnológico que predomina no cuidado voltado à gestação, ao trabalho de parto e ao parto (Rothman 2015). O trabalho delas reflete a abordagem da justiça reprodutiva, o que significa que elas apoiam e se empenham em ajudar as mulheres a manter a autonomia sobre o próprio corpo, a escolher se querem ou não ter filhos e a maternar em comunidades seguras e sustentáveis (Ross & Solinger 2017). Isto inclui participar do planejamento do parto de acordo com as necessidades de cada uma.

Neste estudo, os profissionais da assistência ao parto se mostraram completamente conscientes dos resultados racialmente distintos, por exemplo, em termos de taxas de indução e cesariana (Amnesty International 2010; Roth & Henley 2012). E a maioria dos profissionais entrevistados vê essas disparidades como um resultado do racismo e da medicalização do parto, que é diferencialmente coreografada nos corpos das mulheres negras. Resistindo à desempoderadora medicalização do parto, parteiras e doulas disseram que oferecem apoio para ajudar a reduzir os nascimentos

prematturos, bem como a mortalidade e a morbidade infantil e materna.

Rukiya, uma mulher negra de 35 anos da Carolina do Norte, iniciou uma organização de base para dar apoio a mulheres de cor que não podem pagar pelos serviços de uma doula. Formada como doula e assistente de parteira, Rukiya também tem uma forma própria de atuar. Ela disse: “[As mulheres negras] têm feito isso [assistido partos] por gerações. É importante continuar esta tradição”. Embora atenda todas as mulheres, Rukiya prioriza as mulheres negras e constrói relações de confiança para ajudá-las a se sentirem seguras durante a gestação, o trabalho de parto e o parto. Ela concentra toda a sua atenção em suas clientes, porque ela é responsável somente por elas, uma vez que seu cuidado e assistência não são mediados pelos hospitais nem voltados para o lucro. Rukiya destacou que “as mulheres precisam de alguém que lhes dê suporte, alguém que se importe com elas”. Por exemplo, é crucial compreender que, se uma mulher foi estuprada, essa experiência influencia o tratamento que ela deveria receber durante o processo de parto.

Enquanto alguns profissionais da assistência ao parto oferecem suporte emocional baseado no conhecimento das circunstâncias de vida de cada pessoa grávida, as parteiras oferecem um padrão de cuidado e assistem habilmente o trabalho de parto

(O’Uhuru 2013; Rothman 2015). Com as doulas, eles aprendem técnicas para ajudar a amenizar as dores das contrações. O seu conhecimento também inclui as melhores posições para “facilitar a saída do bebê” (Rothman 2015:16) e como reposicionar um bebê que esteja na posição pélvica. As parteiras que eu entrevistei reconhecem os benefícios de esperar para que a mãe dê à luz no tempo de seu corpo e são cautelosas em fazer intervenções de forma rápida, a menos que surja um risco (como, por exemplo, a coloração do mecônio). Eu observei o conflito temporal entre a equipe do hospital e o conhecimento das parteiras em um hospital em Minnesota. Idalia estava em trabalho de parto e um obstetra veio perguntar se a mãe deveria receber Pitocina para acelerar o processo. Jill, a parteira que eu estava acompanhando, disse: “Não, vamos ser pacientes, vamos dar tempo ao corpo dela”. Por mais duas vezes, o obstetra veio para pressionar uma decisão, mas Jill estava firme na sua crença de que Idalia apenas precisava de tempo. Uma hora mais tarde, Idalia deu à luz, sem intervenções, uma linda menina.

A maioria das parteiras acredita que os desfechos reprodutivos positivos envolvem repassar informações às pessoas, para que elas se sintam empoderadas para tomar decisões. Nubia é uma delas; ela é uma mulher negra de 39 anos, doula e parteira certificada. Ela e eu conduzimos

aulas sobre parto em Nova York, numa comunidade atendida por um hospital que muitas mulheres e profissionais da assistência consideram como um lugar hostil para parir. Nosso objetivo é compartilhar conhecimento para que as mulheres e suas famílias entendam o que acontece durante a gestação e o parto.

Face ao problema dos desfechos de parto entre mulheres negras e de como as mulheres negras são tratadas pelos profissionais médicos, Nubia notou que identificar o racismo começa com os clientes sendo munidos de informações para tomar decisões fundamentadas sobre continuar ou interromper uma relação com um profissional. Nubia conta: “Eu sempre lhes digo que eles não precisam continuar com aquela pessoa. Eu abro os seus olhos... Eu sugiro às pessoas que elas busquem informações sobre o hospital, façam perguntas. Por exemplo, o hospital tem uma taxa alta ou baixa de parto vaginal após cesárea (PVPC)? O hospital conta com parteiras? Haverá monitoramento fetal constante?”. As respostas a essas perguntas indicam se um hospital e um ginecologista obstetra reconhecem e respeitam a autonomia das pessoas que dão à luz. Num segundo momento, as respostas a essas questões são escalonadas em relação à raça.

Nubia e outras parteiras que eu entrevistei ensinam as mulheres a ouvirem seus corpos e atuam como defensoras dessas mulheres: “Eu vou

com minhas clientes às consultas de pré-natal para que elas se sintam fortalecidas para fazer perguntas, a fim de assegurar que suas preocupações sejam levadas em conta”, disse Nubia. Esse tipo de cuidado, que focaliza a prevenção ao longo da gestação, resulta em desfechos mais favoráveis (Kozhimannil et al. 2016). Rukiya e Nubia estão entre as profissionais da assistência ao parto que trabalharam com mães de todas as classes e raças, provendo aquilo que elas chamam de atenção holística e cuidado. As habilidades cultivadas para assistir a mulher ao longo da gestação, trabalho de parto e parto são um aspecto fundamental da assistência, que influencia os desfechos de parto. Adicionalmente, ouvir as clientes e compreender as complexidades de sua vida doméstica, seu passado e as experiências que podem influenciar a gravidez são atitudes que podem minimizar o impacto do racismo obstétrico, que tão frequentemente acompanha os partos altamente medicalizados.

## CONCLUSÃO

As descrições de mulheres que moram nos Estados Unidos sobre os encontros médicos durante o pré-natal, o trabalho de parto e o parto ilustram como suas interações constituem racismo obstétrico e nos forçam a considerar a indiferença com que muitas mulheres negras são tratadas. O contexto no qual as mulheres

interpretam essas experiências resulta do fato de que elas são sujeitos bem informados que passaram a vida num país onde os legados do racismo, evidenciado pelo capitalismo racial da escravização, segregação e experimentação médica, influenciam sua compreensão sobre o tratamento que recebem. As histórias das mulheres negras marcam as formas como o racismo paira sobre e perturba seus encontros durante a gestação, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. Negligência, falta de informação, indiferença, desrespeito e intervenções sem explicação permeiam a assistência materna e se amalgamam no racismo obstétrico.

O racismo obstétrico não é algo novo, mas está emaranhado em histórias que encobrem as expressões contemporâneas do racismo médico exercido sobre os corpos das mulheres negras. A forma como as mulheres negras foram demonizadas, estereotipadas, violentadas e policiadas no passado está em consonância com as interações médicas contemporâneas e opera como um lembrete do passado. Mesmo enfermeiras e defensoras das mulheres assinalam que as mães negras experimentam racismo porque são disciplinadas pelos profissionais médicos. A violência do racismo obstétrico é que ele ignora o risco coletivo que o racismo antinegro exerce na vida de mulheres negras e

suas famílias. Em contraste com a instituição médica, que não admite os riscos estruturalmente arraigados que os pacientes negros correm, os profissionais da assistência que iniciam uma relação mais próxima com os clientes que desejam cuidado pré-natal compreendem esses riscos e tentam minimizá-los.

As experiências reprodutivas de mulheres negras como Michelle, Yvette, Crystal e Jessica constituem exemplos-chave de racismo obstétrico – desde o que Josie descreveu como a experiência de abuso de Michelle, na Florida, até a falta de vontade do médico de levar em consideração a preocupação de Yvette com os múltiplos riscos que provavelmente levaram ao parto prematuro na Carolina do Norte. Do sentimento experimentado por Crystal, de ter sido ignorada, desrespeitada e submetida a procedimentos que ela não desejava e que não lhe foram explicados, em Nova York, até o relato de Jessica sobre uma parteira e profissionais médicos na Georgia, que atropelaram seu desejo de ter um parto minimamente medicalizado. Não importa onde essas mulheres viviam ou o ano em que pariram: o racismo obstétrico constituiu seus encontros médicos. Suas histórias ecoam as de muitas outras mulheres negras cujos desfechos de parto estão em níveis críticos. E, enquanto os casos aqui apresentados ilustram o risco potencial que as mulheres negras correm,

profissionais como Rukiya e Nubia procuram fazer cessar práticas de assistência médica que não necessariamente atendem os interesses das mulheres negras.

Embora o racismo obstétrico chame a atenção para as interações das mulheres negras com profissionais que exibem um poder que intensifica sua vulnerabilidade reprodutiva, é útil explicitar as experiências de pessoas com histórias similares de injustiça reprodutiva em outros contextos. Por exemplo, assim como as mulheres negras nascidas nos Estados Unidos, mulheres indígenas na Bolívia há muito tempo têm desfechos de parto e experiências de assistência pré-natal explicitamente racializados. Existem relatos de médicos que apontam a indianidade como fator de risco para a saúde materno-infantil (Morales 2018). O racismo obstétrico é um enquadramento importante para analisar a exploração reprodutiva das mulheres indígenas, porto-riquenhas e mexicanas. Por exemplo, o passado reprodutivo das mulheres indígenas incluiu esterilização involuntária realizada pelo Serviço de Saúde Indígena, instituição mantida pelo governo federal (Volscho 2010). Mulheres porto-riquenhas e mexicanas também foram submetidas a abusos relativos a esterilização (Lopez 1993). Ainda que o racismo obstétrico leve em consideração os sentimentos e as percepções

referentes ao racismo no campo da reprodução, o conceito assinala de modo mais profundo as formas como a assistência pode acabar sendo violenta.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Daisy Deomampo e a Natali Valdez por todo o trabalho nesta edição especial. Agradeço a vocês, Christa Craven, Daisy Deomampo, Natali Valdez, Nesselte Falu e Risa Cromer por todos esses anos criando espaços para trabalharmos e pensarmos juntas. Eu também agradeço aos pareceristas anônimos pelos comentários perspicazes. Acima de tudo, eu agradeço às mulheres que compartilharam suas histórias comigo.

## FINANCIAMENTO

A pesquisa foi parcialmente apoiada pelo Queens College, Universidade da Cidade de Nova York.

## NOTAS SOBRE A AUTORA

Dána-Ain Davis é professora de Estudos Urbanos no Queens College e diretora do Centro de Estudos de Mulheres e Sociedade no Graduate Center (CUNY), onde atua no programa de Antropologia. É autora de “Battered Black Women and Welfare Reform: Between a Rock and a Hard Place” (2006), “Reproductive Injustice: Racism, Pregnancy, and Prematurity Birth” (no prelo) e vários artigos sobre etnografia feminista e reprodução.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amini, S. B., P. M. Catalano, V. Hirsh, e L. I. Mann. 1994. An analysis of birthweight by gestational age using a computerized perinatal data base, 1975–1992. *Obstetrics and Gynecology* 83(3):342–352.

Amnesty International. 2010. *Deadly Delivery: The Maternal Health Care Crisis in the USA*. London, UK: Amnesty International. Disponível em: <https://www.amnestyusa.org/files/pdfs/deadlydelivery.pdf>

Berry, D. R. 2017. *Their Price for Their Pound of Flesh: The Value of the Enslaved from Womb to Grave in the Building of a Nation*. Boston, MA: Beacon Press.

Borges, M. T. R. 2018. A violent birth: Reframing coerced procedures during childbirth as obstetric violence. *Duke Law Journal* 67:827–862.

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

Casper, M. J. 1998. *The Making of the Unborn Patient: A Social Anatomy of Fetal Surgery*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Center for Reproductive Rights. 2014. *Reproductive Injustice: Racial and Gender Discrimination in U.S. Health Care: A Shadow Report for the UN Committee on the Elimination of Racial Discrimination*. New York: Center for Reproductive Rights.

Centers for Disease Control. 2017. Premature Birth: Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <https://www.cdc.gov/features/prematurebirth/index.htm>

Colen, S. 1995. Like a mother to them: Stratified reproduction and West Indian childcare workers and employers in New York, in *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Editado por F. D. Ginsburg & R. Rapp, pp. 78-102. Berkeley, CA: University of California Press.

Collins, J. W., R. J. David, R. Symons, A. Handler, S. N. Wall, e L. Dwyer. 2000. Low-income African-American mothers' perceptions of exposure to racial discrimination and infant birth weight. *Epidemiology* 11(3):337–339. DOI: <http://doi.org/10.1097/00001648-200005000-00019>

Collins, P. H. 2000. *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and Politics of Empowerment*. New York: Routledge.

Cooper Owens, D. 2017. *Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology*. Athens, GA: University of Georgia Press.

Cruz, J. S. 2015. Call the Midwife. *The Atlantic*, June 12.

Davis, D. 2018. The Labor of Racism. *Anthro{Dendum}*. Disponível em; <https://anthrodendum.org/2018/05/07/the-labor-of-racism/>. Acesso em: 7 maio 2017.

Davis, D. 2019. *Reproductive Injustice: Racism, Pregnancy, and Premature Birth*. New York: New York University Press.

Deomampo, D. 2016. *Transnational Reproduction: Race, Kinship and Commercial Surrogacy in India*. New York: New York University Press.

Diaz-Tello, F. 2016. Invisible wounds: Obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters* 24(7):56–64. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>

Dixon, L. Z. 2015. Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Medical Anthropology Quarterly* 29(4):437–454. DOI: <http://doi.org/10.1111/maq.12174>

Elmir, R., V. Schmied, L. Wilkes, e D. Jackson. 2010. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing* 66(10):2142–2153. DOI: <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>

Fabien, V. 2017. My body, my pain: Listen to me and all Black women. *The Root*, April 16. Disponível em: <https://www.theroot.com/mybody-my-pain-listen-to-me-and-all-black-women-1794332651>

Florio, A. 2014. Why do black infants die so much more often than white infants? 89.3 *KPCC*, March 3. Disponível em: <http://www.scpr.org/news/2014/03/03/42483/why-do-black-infants-die-so-much-more-often-than-w/>

Franklin, S. 2013. *Biological Relatives: IVF, Stem Cells and the Future of Kinship*. Durham, NC: Duke University Press.

Gay, E. D. 2018. Serena Williams could insist that doctors listen to her: Most black women can't. *The Nation*, January 18. Disponível em: <https://www.thenation.com/article/serena-williams-could-insist-that-doctors-listen-to-her-most-blackwomen-cant/>

Geronimus, A. T. 1996. Black/white differences in the relationship of maternal age to birthweight: A population-based test of the weathering hypothesis. *Social Science & Medicine* 42(4):589–597. DOI: [http://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00159-X](http://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00159-X)

Gilmore, R. W. 2007. *Golden Gulag: Prisons, Surplus, Crisis, and Opposition in Globalizing California*. Berkeley, CA: University of California Press.

Ginsburg, F. D., e R. Rapp (Eds.). 1995. *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley, CA: University of California Press.

Grant, R. 2016. Pregnant women's medical care too often affected by race. *Newsweek*, July 3. Disponível em: <http://www.newsweek.com/2016/07/15/pregnant-womens-care-affected-race-477087.html>

Gutiérrez, E. R. 2008. *Fertile Matters: The Politics of Mexican-Origin Women's Reproduction*. Austin, TX: University of Texas Press.

Gutiérrez y Muhs, G., Y. F. Niemann, C. G. Gonzáles, e A. P. Harris. 2012. *Presumed Incompetent: The Intersections of Race and Class for Women in Academia*. Boulder, CO: University Press of Colorado.

Hoberman, J. 2012. *Black and Blue: The Origins and Consequences of Medical Racism*. Berkeley, CA: University of California Press.

Hoffman, K. M., S. Trawalter, J. R. Axt, e M. N. Oliver. 2016. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 113(6):4296–4301. DOI: <http://doi.org/10.1073/pnas.1516047113>

Kozhimannil, K. B., R. R. Hardeman, F. Alarid-Escudero, C. A. Vogelsang, C. Blauer Peterson, e E. A. Howell. 2016. Modeling the cost-effectiveness of doula care associated with reductions in preterm birth and cesarean delivery. *Birth Issues in Perinatal Care* 43(1):20–27. DOI: <http://doi.org/10.1111/birt.12218>

Krieger, N. 2003. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: An eco-social perspective. *American Journal of Public Health* 93(2):194–199.

Lane, S. D. 2008. *Why are Our Babies Dying? Pregnancy, Birth and Death in America*. Boulder, CO: Paradigm Publishers.

Lopez, I. 1993. Agency and constraint: Sterilization and reproductive freedom among Puerto Rican women in New York City. *Urban Anthropology and Studies of Cultural Systems and World Economic Development* 22(3/4):299–323.

March of Dimes. 2017. U.S. Preterm Birth Rate on the Rise for Second Year in a Row. March of Dimes, November 1. Disponível em: <https://www.marchofdimes.org/news/u-s-preterm-birth-rate-on-the-rise-for-second-year-in-a-row.aspx>

Morales, G. E. 2018. There is no place like home: Imitation and the politics of recognition in Bolivian obstetric care. *Medical Anthropology Quarterly* 32(3):404–424. DOI: <http://doi.org/10.1111/maq.12427>

Mullings, L. 1995. Households headed by women: The politics of race, class, and gender, in *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Editado por F. D. Ginsburg & R. Rapp, pp. 122–139. Berkeley and Los Angeles, CA and London: University of California Press.

Mullings, L., e A. Wali. 2001. *Stress and Resilience: The Social Context of Reproduction in Harlem*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

New York City Department of Health and Mental Hygiene. 2016. *Severe Maternal Morbidity in New York City, 2008–2012*. New York: New York City Department of Health and Mental Hygiene, Bureau of Maternal, Infant and Reproductive Health.

Non, A. L., e C. C. Gravlee. 2016. Biology and culture beyond the genome: Race, racism and health. *American Anthropologist* 117(4):737–738. DOI: <http://doi.org/10.1111/aman.12365>

O’Uhuru, S. 2013. *Journey to Birth: The Story of a Midwife’s Journey and a Reflection of the Heroic Women She Served along the Way*. Bloomington, IN: AuthorHouse.

Paisley-Cleveland, L. 2013. *Black Middle-Class Women and Pregnancy Loss: A Qualitative Inquiry*. Lanham, MD: Lexington Books.

Profit, J., J. B. Gould, M. Bennet, B. A. Gostein, D. Draper, C. S. Phibbs, e H. C. Lee. 2017. Racial/ethnic disparity in NICU quality of care delivery. *Pediatrics* 140(3):e20170918. DOI: <http://doi.org/10.1542/peds.2017-0685>

Rich-Edwards, J., N. Krieger, J. Majzoub, S. Zierler, E. Lieberman, e M. Gillman. 2001. Maternal experiences of racism and violence as predictors of preterm birth: Rationale and study design. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 15(s2):124–135.

Richman, L. S., e C. Jonassaint. 2008. The effects of race-related stress on cortisol reactivity in the laboratory: Implications of the Duke lacrosse scandal. *Annals of Behavioral Medicine* 35(1):105–110. DOI: <http://doi.org/10.1007/s12160-007-9013-8>

Roberts, D. E. 1997. *Killing the Black Body: Race, Reproduction and the Meaning of Liberty*. New York: Vintage Books.

Roberts, D. E. 2002. *Shattered Bonds: The Color of Child Welfare*. New York: Basic Civitas Books.

Ross, L., e R. Solinger. 2017. *Reproductive Justice: An Introduction*. Berkeley, CA: University of California Press.

Roth, L. M., e M. M. Henley. 2012. Unequal motherhood: Racial-ethnic and socioeconomic disparities in cesarean sections in the United States. *Social Problems* 5(2):207–227.

Rothman, B. K. 2015. *A Bun in the Oven*. New York: New York University Press.

Schoendorf, K. C, C. J. R Hogue, J. C. Kleinman, e D. Rowley. 1992. Mortality among infants of black as compared with white college-educated parents. *New England Journal of Medicine* 326:1522–1526. DOI: <http://doi.org/10.1056/NEJM199206043262303>

Shabot, S. 2015. Making loud bodies ‘feminine’: A feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies* 39 (2):231–247. DOI: <http://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>

Silver, L. 2015. *System Kids: Adolescent Mothers and the Politics of Regulation*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.

Solinger, R. 2007. *Pregnancy and Power: A Short History of Reproduction*. New York: New York University Press.

Tello, M. 2017. Racism and discrimination in health care: Providers and patients. *Harvard Health Publishing*, January 16. Disponível em: <https://www.health.harvard.edu/blog/racism-discrimination-health-care-providers-patients-2017011611015>

Twine, F. W. 2011. *Outsourcing the Womb: Race, Class and Gestational Surrogacy in a Global Market*. New York: Routledge.

Vacaflor, C. H. 2016. Obstetric violence: A new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters* 24(47):65–73. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001>

Volscho, T. W. 2010. Sterilization racism and pan-ethnic disparities of the past decade: The continued encroachment on reproductive rights. *Wicazao Sa Review* 25(1):17–31. DOI: <http://doi.org/10.1353/wic.0.0053>

Washington, H. 2006. *Medical Apartheid: The Dark History of Medical Experimentation on Black Americans from Colonial Times to the Present*. New York: Anchor Books.

Wilkie, L. A. 2003. *The Archaeology of Mothering: An African-American Midwife's Tale*. New York: Routledge.

Women's Global Network for Reproductive Rights. 2017. May 28th, International Day of Action for Women's Health. Disponível em: <http://www.may28.org/obstetric-violence/>