



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MARIA APARECIDA BELO DA SILVA

MANIFESTAÇÕES DO RACISMO OBSTÉTRICO NO SUS

RECIFE

2024

MARIA APARECIDA BELO DA SILVA

MANIFESTAÇÕES DO RACISMO OBSTÉTRICO NO SUS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Tatiane Michele Melo de Lima

RECIFE

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através
do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Maria Aparecida Belo da.
Manifestações do Racismo Obstétrico no SUS / Maria Aparecida Belo
da Silva. - Recife, 2024.
92p., tab.

Orientador(a): Tatiane Michele Melo de Lima
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal
de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social -
Bacharelado, 2024.

1. Racismo obstétrico . 2. Mulheres negras. 3. SUS. I. Lima, Tatiane
Michele Melo de. (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

MARIA APARECIDA BELO DA SILVA

MANIFESTAÇÕES DO RACISMO OBSTÉTRICO NO SUS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tatiane Michele Melo de Lima

Aprovado em: 18/10/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Tatiane Michele Melo de Lima (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Flávia da Silva Clemente (Examinadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho *in memoriam* ao meu pai, sr. Antônio Bernardo de Lima e as mulheres negras vítimas do racismo obstétrico.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus, pois ele é a fonte da vida e origem de toda sabedoria que me inspira, encoraja e fortalece diante da vida e seus desafios.

Ingressar na universidade foi um dos maiores desafios que já enfrentei na minha vida. Por isso, eu sou imensamente grata a dona Maria, minha mãe e mulher negra, que não teve as mesmas oportunidades que eu, mas que decidiu sonhar esse sonho junto comigo de ingressar na universidade pública e investiu em cada etapa dessa jornada. Aquela que me deu colo, palavras reconfortantes e histórias inspiradoras que me conectaram com as minhas raízes e me injetaram ânimo para seguir em frente.

(*In Memoriam*), ao meu pai, o sr. Antônio Bernardo de Lima, que sempre me motivou em vida e espiritualmente segue emanando boas energias que me lembram da minha força e propósito existencial. A meus queridos irmãos: Joseane, Josineide, Eliane, Gilmar e Sandoval, esse diploma é nosso!

Muita gratidão ao meu namorado, José Anderson, por todas as vezes que me ajudou recarregar minhas energias com o seu carinho, incentivo e paciência durante os desafios da graduação e escrita deste trabalho.

Sou grata a todos os meus amigos, colegas e professores da graduação em Serviço Social pelas trocas de conhecimentos e experiências que influenciaram a minha trajetória acadêmica e me trouxeram grandes aprendizados para vida.

À orientadora deste trabalho, a professora Tatiane Michele Melo de Lima, gratidão pelas contribuições na construção deste trabalho e pela empatia para avançar junto comigo diante das dificuldades. Agradeço também à banca examinadora, composta pela professora Flávia Clemente, muitíssimo obrigado por ter aceitado o convite.

À equipe do NEPS da Policlínica Lessa de Andrade, espaço ocupacional o qual realizei o meu estágio obrigatório I e II, muito obrigado por me proporcionar o meu primeiro contato com o tema deste trabalho.

Agradeço a todos aqueles que lutaram e lutam pela manutenção e ampliação das políticas de assistência estudantil das universidades públicas, principalmente todos os envolvidos no movimento estudantil da Universidade Federal de Pernambuco. Viva a Universidade Pública!

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo geral refletir sobre as manifestações do racismo obstétrico na assistência ao parto das mulheres negras no Sistema Único de Saúde. Para identificar e refletir sobre suas expressões, investigamos como as desigualdades sociais de gênero, raça e classe são catalisadoras de discriminações no ambiente obstétrico e concomitante a pertinência do conceito de racismo obstétrico para nomear as dores silenciadas e negligenciadas pelo racismo médico na assistência obstétrica. Adotamos como metodologia de pesquisa o método dialético de abordagem bibliográfica e qualitativa para capturar as causas históricas e ideológicas desse fenômeno e partimos das contribuições dos estudos interseccionais para compreender as características do racismo obstétrico na contemporaneidade. Nesse processo investigativo, identificamos um total de 6 artigos, sendo 1 (um) que discutia a pertinência do conceito de racismo obstétrico de forma central e 5 (cinco) que buscavam compreender a violência obstétrica e racismo obstétrico que vitimizam as mulheres negras a partir das suas vivências e a percepções com as discriminações raciais e de classe no ambiente obstétrico. Obtivemos como resultado da pesquisa que o racismo obstétrico é uma forma agravada de violência obstétrica que afeta as mulheres negras e pobres no acesso aos serviços obstétricos no SUS em decorrência de determinismos biológicos de gênero, raça e classe social. Esses determinismos constroem estereótipos sexistas, racistas e classistas que influenciam em violências e omissões no cuidado da saúde materna e neonatal. Implicando, dessa forma, em manifestações do racismo obstétrico, que versam sobre a negligência das dores enfrentadas pelas mulheres negras no trabalho de parto, na incidência generalizada de práticas de violência obstétrica em corpos femininos negros, em discriminações contra a estética negra e religiões afro-brasileiras no ambiente obstétrico do SUS. Além disso, têm contribuído para mortes maternas por causas obstétricas evitáveis na assistência ao parto, expressão máxima do racismo obstétrico.

Palavras-chave: Racismo obstétrico, mulheres negras, SUS.

ABSTRACT

The present course completion work (TCC) aims to reflect on the manifestations of obstetric racism in the care of Black women during childbirth within the Unified Health System (SUS). To identify and reflect on its expressions, we investigate how social inequalities of gender, race, and class act as catalysts for discrimination in the obstetric environment, as well as the relevance of the concept of obstetric racism to name the silenced and neglected pains caused by medical racism in obstetric care. We adopted a dialectical method of bibliographic and qualitative research to capture the historical and ideological causes of this phenomenon, drawing on contributions from intersectional studies to understand the characteristics of obstetric racism in contemporary society. In this investigative process, we identified a total of 6 articles, of which 1 (one) discussed the relevance of the concept of obstetric racism as a central theme, and 5 (five) sought to understand obstetric violence and obstetric racism that victimize Black women based on their experiences and perceptions of racial and class discrimination in the obstetric environment. Our research results indicate that obstetric racism is an aggravated form of obstetric violence affecting Black and poor women in accessing obstetric services within the SUS, stemming from biological determinisms of gender, race, and social class. These determinisms construct sexist, racist, and classist stereotypes that influence violence and omissions in maternal and neonatal health care. Consequently, this leads to manifestations of obstetric racism, which address the neglect of the pains faced by Black women during labor, the widespread incidence of obstetric violence practices on Black female bodies, and discrimination against Black aesthetics and Afro-Brazilian religions in the obstetric environment. Furthermore, they have contributed to maternal deaths from avoidable obstetric causes in childbirth assistance, which is the ultimate expression of obstetric racism.

Keywords: Obstetric racism, Black women, SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

NEPS - Núcleo de Educação Permanente em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ONU - Organização das Nações Unidas

CIPD - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

PCRI - Programa de Combate ao Racismo Institucional

PNA - Pesquisa Nacional de Aborto

OMS - Organização Mundial da Saúde

PL - Projeto de Lei

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

PSOL - Partido Socialismo e Liberdade

REHUNA - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. PERSPECTIVAS DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE NA ANÁLISE DO RACISMO OBSTÉTRICO	13
2.1 Raízes históricas e ideológicas do Capitalismo, Racismo e Patriarcado na sociedade brasileira.....	17
2.2 “Nossos passos vêm de longe”. A caminhada das mulheres negras no acesso a saúde sexual e reprodutiva.....	23
3. DO SABER-FAZER FEMININO AO SABER- PODER MASCULINO.....	33
3.1 Violência Obstétrica e Racismo Obstétrico na sociedade brasileira	39
3.2 Lutas pela Humanização do Parto e Nascimento em interface com a Política de Saúde da Integral da População Negra	50
4. RESULTADOS DA PESQUISA: MANIFESTAÇÕES DO RACISMO OBSTÉTRICO.....	58
4.1 Da Violência Obstétrica ao Racismo Obstétrico	64
4.2 Caracterizações do Racismo Obstétrico no SUS	67
4.3 Percepções das mulheres negras com as discriminações raciais e classe no ambiente obstétrico do SUS	77
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado “Manifestações do Racismo Obstétrico no SUS” tem como objetivo geral identificar e refletir sobre as manifestações do racismo obstétrico em mulheres negras na assistência à gestação e parto no Sistema Único de Saúde (SUS), assim como os seguintes objetivos específicos: 1. investigar como as desigualdades sociais de gênero, raça e classe implicam em situações de discriminação na assistência obstétrica; 2. caracterizar as expressões do racismo obstétrico a partir das vivências e percepções das mulheres pretas e pardas na assistência ao parto do Sistema Único de Saúde; 3. refletir sobre a pertinência do conceito de racismo obstétrico para nomear as experiências de violência obstétrica sofridas pelas mulheres pretas e pardas na assistência obstétrica.

O interesse na temática da violência obstétrica e sua interface com o racismo, surgiu a partir das experiências vivenciadas durante o estágio supervisionado em Serviço Social no Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), da Policlínica Lessa de Andrade, localizada no município de Recife. A priori, surge a primeira aproximação com o tema da violência obstétrica mediante a discussão com a equipe de educação permanente sobre propostas temáticas para o desenvolvimento das ações socioeducativas com gestantes usuárias da Policlínica.

Essa experiência foi norteadora para evidenciar a temática da violência obstétrica e que foi ainda mais aguçada a partir das escolhas pessoais e ético-políticas feitas durante a formação em Serviço Social, tornando-se central o interesse investigativo da questão social e suas imbricações com as relações étnico-raciais na sociedade brasileira. Em virtude disso, a aproximação com o tema do racismo obstétrico foi desencadeada pelos estudos e pesquisas exploratórias sobre as manifestações da violência obstétrica em mulheres negras que demonstravam singularidades nas experiências das gestantes e puérperas negras no acesso à assistência obstétrica no SUS.

Para fundamentar o estudo sobre as manifestações do racismo obstétrico, escolhe-se o método bibliográfico, que conforme Gil (2002, p.50) é desenvolvido a partir de um material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos que prometem fornecer uma ampla cobertura dos fenômenos sociais analisados. Ademais, essa pesquisa se caracteriza como um estudo de natureza qualitativa, que segundo Minayo (2001, p. 6 - 7) “trabalha com o

universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos”.

Assim, a natureza qualitativa deste trabalho, está em compreender as nuances do racismo obstétrico, se aproximando da realidade que o caracteriza na tentativa de extrair seus significados diante a realidade multifacetada vivenciada pelas mulheres negras no acesso às políticas de saúde obstétricas brasileiras.

No que tange aos protocolos de inclusão das bibliografias, foram selecionados os respectivos critérios: a) foram incluídos apenas materiais em formato de artigos científicos e publicados em língua portuguesa, pois permitem uma melhor apreciação dos materiais; b) foram incluídos artigos científicos que discutem a violência obstétrica em mulheres negras a partir do conceito de racismo obstétrico, tendo em vista a importância de capturar os significados e características desse fenômeno; c) foram incluídos artigos que se debruçam sobre as vivências e percepções das mulheres negras através de entrevistas e relatos sobre as discriminações raciais e de classe no ambiente obstétrico do SUS, com intuito de compreender as barreiras enfrentadas por elas no acesso a assistência obstétrica.

Como último protocolo, em relação ao marco temporal deste trabalho, d) foram incluídos periódicos publicados entre 2017-2024, tendo como referência a publicação da Portaria nº 344 de 1º de fevereiro de 2017, que tornou obrigatório a coleta e preenchimento do quesito raça/cor nos prontuários de saúde. A obrigatoriedade dessas informações para compor o sistema de dados do SUS é uma conquista de suma importância enquanto estratégia antirracista de vigilância dos determinantes sociais da saúde da população negra, que corrobora para avançar nas garantias previstas pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e consequentemente se estende aos serviços de saúde materna, criando possibilidades de reconhecer os perfis epidemiológicos das vítimas de violência obstétrica e racismo obstétrico.

Sobre os critérios de exclusão, foram adotados os seguintes: a) foram excluídos materiais incompletos e que não apresentam o método utilizado; b) foram excluídos materiais não disponíveis gratuitamente por não terem o acesso de fácil domínio público e c) foram excluídas monografias, dissertações e teses em razão da restrição de tempo disponível para uma análise aprofundada desses trabalhos. Ainda sobre os materiais, foram delimitadas para o estudo do objeto, somente as experiências das mulheres negras heterossexuais e cisgêneras com o racismo para facilitar a apreensão do fenômeno e evitando assim, conclusões equivocadas acerca da diversidade de mulheres e a pluralidade de suas vivências na sociedade.

Nesse processo investigativo da pesquisa, foram utilizadas como fonte de pesquisa as literaturas disponíveis nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online*

(SCIELO); *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS); *InSURgência: Revista de Direitos e Movimentos Sociais*; *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, que contribuem para discutir as manifestações do racismo obstétrico das mulheres negras usuárias do Sistema Único de Saúde.

Para análise científica dos materiais selecionados, adotamos o método dialético, tendo em vista a importância de uma interpretação crítica e dinâmica das manifestações do racismo obstétrico, evidenciando sua causalidade e consequências históricas, econômicas, políticas e culturais, estabelecendo uma problematização que abarque a totalidade da realidade social (Minayo, 2001). Além disso, partimos da contribuição da interseccionalidade para compreender as características do racismo obstétrico diante das iminentes interseções das relações de gênero, raça e classe social na assistência obstétrica. Logo, nos respaldaremos teoricamente e politicamente sobre a problemática em interlocução com os estudos contemporâneos das feministas negras.

Dito isso, o presente trabalho encontra-se disposto em 05 tópicos. O primeiro tópico encontra-se a Introdução, com a explanação sobre a pesquisa. O segundo tópico está intitulado “Perspectivas de Gênero, Raça e Classe na análise do Racismo Obstétrico” no qual apresentamos um debate teórico sobre as relações de gênero, raça e classes sociais, evidenciando as raízes históricas e ideológicas da formação da sociedade brasileira. Já o terceiro tópico, intitulado “Do Saber-Fazer feminino ao Saber-Poder masculino”, tem como intuito compreender as transformações históricas, científicas e socioculturais do parto na sociedade brasileira, perpassando os processos de institucionalização pela Ciência, desvelando as circunstâncias cruéis e violentas que eram submetidas as mulheres e, em especial, a mulher negra, com o desenvolvimento do cuidado obstétrico hospitalar.

Ademais, o trabalho apresenta o movimento de humanização do parto e nascimento, e suas repercussões na conceituação da violência obstétrica e na luta pelo reconhecimento do fenômeno do racismo obstétrico pelas feministas negras. Observando, dessa forma, a conquista dos direitos das mulheres ao parto hospitalar humanizado, preconizado pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a sua interface com a Política de Saúde Integral da População Negra.

O quarto tópico, intitulado “Resultados da Pesquisa: Manifestações do Racismo Obstétrico”, tem como intuito apresentar o percurso metodológico da pesquisa e os fichamentos bibliográficos das literaturas selecionadas. Como resultado da pesquisa, identificamos um total de 6 artigos científicos, que foram organizados e analisados em torno de três achados, que serão evidenciados no desenvolvimento deste capítulo. Por fim, o quinto tópico estão as Considerações Finais do trabalho.

2. PERSPECTIVAS DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE NA ANÁLISE DO RACISMO OBSTÉTRICO

Este capítulo foi dividido em seções distintas. Em primeiro momento, se faz uma reflexão sobre as relações sociais de gênero, raça e classe para evidenciar as implicações dessas construções sociais na vida das mulheres negras. A segunda seção tem como objetivo estabelecer conexões com os processos históricos, políticos-ideológicos e culturais da formação e funcionamento do patriarcado, capitalismo e racismo que demonstram as causas raízes dessas relações de exploração e subalternização das mulheres negras na sociedade brasileira. Por fim, discute-se a construção dos direitos sexuais e reprodutivos e sua interface com as barreiras históricas e contemporâneas criadas pelo racismo, sexismo e desigualdades sociais no acesso das mulheres negras à saúde reprodutiva no Brasil.

Com o intuito de desnaturalizar as opressões criadas nas sociedades capitalistas, patriarcais e escravagistas, as feministas e movimentos de mulheres negras, se debruçaram intelectual e politicamente em investigar as hierarquias criadas a partir do gênero/sexo, raça, classe sociais e demais diferenças sociais. A priori, o gênero e sexo são dimensões socialmente entrelaçadas das vidas dos sujeitos, criadas a fim de moldar determinadas formas de ser e se relacionar com o mundo. Segundo a historiadora norte americana Joan Scott (1989, p.21), gênero é “elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos”, isto é, gênero é fruto das percepções sociais das diferenças biológicas compreendidas e categorizadas em noções sexuais e “etiquetados” a partir do gênero masculino e feminino.

Segundo a socióloga nigeriana Oyèrónkẹ Oyěwùm (2021, p.1112) na obra “A invenção das mulheres: Construindo Um Sentido Africano para os Discursos Ocidentais de Gênero” ao analisar a sociedade iorubá, observou que “o gênero não era um princípio organizador na sociedade iorubá antes da colonização do Ocidente”, ou seja, as noções de “homens” e “mulheres” e a suposta diferenciações anatômicas entre eles eram inexistentes nessa sociedade.

Assim, pode-se verificar que as relações hierárquicas e dicotômicas entre homens e mulheres se construíram culturalmente em razão do surgimento e imposição da sociabilidade colonial. Para difundir essas categorias, encontrou na produção científica um campo propício para construir e disseminar o gênero e sexo com elementos biologicamente naturais dos corpos dos sujeitos. Apesar da busca por diferenciar essas duas categorias pelos estudos acadêmicos,

o gênero e sexo tem significado iguais e expressam relações hierárquicas entre os indivíduos nas sociedades ocidentais (Oyěwùm, 2021).

As relações de subalternidade das mulheres são construídas e naturalizadas culturalmente pelas “doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas e tipicamente tomam a forma de uma oposição binária que afirma de forma categórica e sem equívoco o sentido do masculino e do feminino” (Scott, p. 21, 1989). As tradições das religiosas monoteístas, sem dúvidas, é um dos mais importantes estimuladores ideológicos dos estereótipos de gênero acerca da fragilidade feminina, resignação ao casamento e vida doméstica em contraste ao protagonismo masculino no âmbito público e privado (Perrot, 2007 *apud* Menuci, Lemes e Leal, 2020).

A suposta inferioridade das mulheres, sobretudo as mulheres negras, são mantidas pelas relações racistas, patriarcais, sexistas que demarcam subjetividades e papéis sociais estritamente definidos para essas mulheres na sociedade. Embora estudos críticos já tenham refutado a ideia de raça criada pela colonização, essa noção ainda é uma forma de atribuir identidades, evidenciar estereótipos e os lugares ocupados pelos indivíduos na estrutura socioeconômica do capitalismo (Quijano, 2005).

Como evidenciado pelo autor Kabengele Munanga (2003), raça nada tem de biológico, é uma categoria carregada de ideologia criada pelo imaginário colonial para naturalizar determinadas relações de poder fundamentais para preservar o status quo e privilégios de determinados grupos da sociedade. Assim, estruturando e perpetuando desigualdades históricas e econômicas e culturais entre os indivíduos nas sociedades atuais, com parte do pacto narcisístico da branquitude (Bento, 2022).

Cabe salientar que historicamente as primeiras literaturas feministas negligenciaram a condição das mulheres negras na sociedade. Esse desconhecimento e invisibilidade da condição das mulheres negras nas literaturas feministas se deve às repercussões do racismo. Segundo Almeida (2019), o racismo é resultado de práticas conscientes ou inconscientes de discriminação racial. Dessa forma, o racismo presente no campo acadêmico produziu a asfixia das vivências e demandas das mulheres negras na sociedade, em razão de uma literatura feminista hegemônica:

O racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertencam (Almeida, 2019, p.22)

Conforme pontua a autora Sueli Carneiro (2020), as vivências singulares das mulheres negras permaneceram invisíveis e invisibilizadas na agenda do Movimento Feminista, visto que, historicamente o discurso clássico sobre a opressão feminina não capturava as complexidades do patriarcado com as interseções com racismo, classe social e sexualidade. Por isso, pontua a necessidade de enegrecer o movimento feminista brasileiro com fins de construir uma ação política feminista e antirracista que, integre as lutas e bandeiras das mulheres brancas e negras, posto que é fundamental para compreender a realidade das mulheres brasileiras na sua diversidade:

Esse novo olhar feminista e antirracista, ao integrar em si tanto as tradições de luta do movimento negro como a tradição de luta do movimento de mulheres, arma essa nova identidade política decorrente da condição específica do ser mulher negra. O atual movimento de mulheres negras, ao trazer para a cena política as contradições resultantes da articulação das variáveis de raça, classe e gênero, promove a síntese das bandeiras de luta historicamente levantadas pelos movimentos negros e de mulheres do país, enegrecendo de um lado, as reivindicações das mulheres, tornando-as assim mais representativas do conjunto das mulheres brasileiras, e, por outro lado, promovendo a feminização das propostas e reivindicações do movimento negro. (Carneiro, 2020, p. 3)

Como vozes destoantes do discurso feminista clássico, surgem diversas vertentes do feminismo, entre eles o feminismo negro, marxista, interseccional, decolonial, entre outros. Acerca do feminismo interseccional, as feministas negras, visando capturar as dinâmicas entre uma ou mais opressões estruturais que atravessam as mulheres na sociedade, criam, desenvolvem e divulgam entre elas a ferramenta teórico-metodológico da interseccionalidade. Segundo a autora e jurista estadunidense Kimberlé Crenshaw, a interseccionalidade busca:

Uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. (Crenshaw, 2002, p. 177).

A interseccionalidade permite reconhecer de forma crítica a encruzilhada das violências criadas pelas identidades de gênero, raça e classe impostas pela matriz colonial moderna, que coaduna opressões interseccionais para grupos minorizados estruturalmente por esse sistema (Akotirene, 2019). Nesse terreno, a visão interseccional é fundamental para denunciar as assimetrias socioculturais e econômicas criadas e mantidas na sociedade capitalista brasileira. Conforme enfatiza Rodrigues (2013, p.11), a prática teórica interseccional “precisa ser melhor difundida no Brasil, um país marcado por profundas desigualdades raciais, de classe e de gênero, pois permite a consolidação de uma teoria feminista mais apropriada às especificidades locais”.

Retomando os conselhos de Carneiro (2020), as discussões sobre a temática da violência obstétrica também demandam um olhar e posicionamento antirracista, principalmente diante da realidade estatística da violência obstétrica, que tem sobretudo os corpos femininos negros como alvos históricos e contemporâneos para práticas violentas na assistência ao parto. Segundo a pesquisadora Ariene Alexandra Rodrigues (2020, p.150), a escolha das palavras é um ato político, “continuar falando apenas violência obstétrica” é continuar desprezando as práticas que naturalizam o racismo nos atendimentos ao longo da gestação, parto e pós-parto.”

Comunicação é poder e é estratégia. E a escolha das palavras é política. Narrar o que ocorre com os corpos das mulheres negras através do racismo obstétrico é deixar visível, não apenas a face do racismo estrutural e institucional, mas mostrar como ele acontece de forma prática e operando no cotidiano das relações interpessoais nas instituições. Transformar discursos é reconhecer a existência. Tem sido assim com a violência contra mulheres, a violência obstétrica, e deve ser assim com o racismo obstétrico. Continuar falando apenas “violência obstétrica” é continuar desprezando que são principalmente sobre as mulheres negras que sofrem com práticas que naturalizam o racismo nos atendimentos ao longo da gestação, parto e pós parto (Rodrigues, 2020, p.150).

Conforme aponta a autora, pautar a violência obstétrica em mulheres negras enquanto racismo obstétrico é uma luta por “transformar discursos e reconhecer existências” de sujeitos que tiveram historicamente suas experiências invisíveis e silenciadas por discussões e agendas hegemônicas sobre violência obstétrica que não explicitam o impacto das vulnerabilidades impostas pelo racismo e desigualdades sociais nas histórias de gestação e parto das mulheres negras.

Assim, na tentativa de tornar visível o racismo obstétrico, é imprescindível percorrer as raízes históricas e ideológicas do capitalismo, racismo e patriarcado, estruturas fundamentais que erguem e retroalimentam esse fenômeno no contexto da assistência ao parto das mulheres negras na contemporaneidade.

2.1 RAÍZES HISTÓRICAS E IDEOLÓGICAS DO CAPITALISMO, RACISMO E PATRIARCADO NA SOCIEDADE BRASILEIRA

O capitalismo representa o modelo de organização socioeconômica predominante nas sociedades contemporâneas, cuja formação histórica está intrinsecamente ligada a conflitos econômicos, culturais e políticos que impulsionaram sua ascensão à hegemonia global.

Em relação a esses conflitos, o autor Karl Marx (1996), demonstra que os processos que deram início a formação do capitalismo encontram raízes nos processos de colonização europeia nas Américas com a expropriação dos territórios e escravidão de povos indígenas e africanos. Esses últimos foram trazidos violentamente do seu continente de origem para propiciar a mão de obra necessária para a exploração máxima das riquezas.

Os processos de invasão das Américas destacados por Marx (1996), estão relacionados com a criação e implementação da ideia de raça imposta com a conquista dos colonizadores sobre os territórios invadidos. A construção de raça está atrelada à hierarquização e classificação dos grupos humanos sob o colonialismo, visando instituir e manter relações de exploração de um determinado grupo humano sobre o outro (Quijano, 2005).

O projeto de colonização da sociedade brasileira, ocorrido por volta de 1550, se propagou-se com êxito a partir da noção de raça, permitindo que milhões de pessoas fossem traficadas no seu país de origem, tornando Brasil o último país do Ocidente a abolir a escravidão em 1888 (Nunes, 2006). Segundo o estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que:

No continente americano, o Brasil foi o país que importou mais escravos africanos. Entre os séculos XVI e meados do XIX, vieram cerca de 4 milhões de homens, mulheres e crianças, o equivalente a mais de um terço de todo comércio negreiro. Uma contabilidade que não é exatamente para ser comemorada. (IBGE, 2000)

A sociedade brasileira imersa nesse processo teve a sua formação histórica, socioeconômica e cultural marcada por essa violência sistêmica do colonialismo e do escravismo. Assim, o país herda concomitante as estruturas sociais escravocratas e patriarcais impostas com a colonização europeia. Conforme descrito pelo autor Abdias de Nascimento (2016), o Brasil herda de Portugal a estrutura patriarcal da família, e a mulher negra é o bode expiatório dessa herança, haja vista sua condição de pobreza e ausência de status social desde do período colonial até os dias atuais:

(...) O Brasil herdou de Portugal a estrutura patriarcal de família e o preço dessa herança foi pago pela mulher negra, não só durante a escravidão. Ainda nos dias de hoje, a mulher negra, por causa da sua condição de pobreza, ausência de status social,

e total desamparo, continua a vítima fácil, vulnerável a qualquer agressão sexual do branco (Nascimento, 2016, p. 61)

A formação de um sistema colonial com a imposição de valores culturais portugueses foram fundamentais para legitimar o modelo de família patriarcal na sociedade brasileira. Sob a égide das tradições cristãs, a figura paterna, isto é, os homens, ocupam um lugar legítimo de poder e de liderança nas relações familiares e comunitárias. Conforme destacado por Krob (2014, p.211), os valores religiosos tem uma grande importância para sustentar a configuração familiar patriarcal no seu carácter simbólico e subjetivo:

Os valores religiosos atuam com grande força no plano simbólico e subjetivo [...] um exemplo que está configurado e sustentado nos valores religiosos é o modelo tradicional da configuração familiar patriarcal, com relações heterossexuais, chefias masculinas e submissão dos filhos e filhas e da mulher ao pai e marido.

Segundo autora Christine Delphy em “Dicionário Crítico do Feminismo”, publicado em 2009, antes do surgimento do patriarcado, ligado à organização global da sociedade, sentido denunciado pela as teorias feministas, a palavra patriarca era comumente utilizada para se referir a autoridades da Igreja e autores sagrados que vieram antes do Dilúvio, ou seja, aqueles considerados os primeiros chefes de família na perspectiva bíblica:

Antes do século XIX e da aparição de um sentido ligado à organização global da sociedade, o patriarcado e os patriarcas designavam os signatários da Igreja, seguindo a uso dos autores sagrados, para os quais patriarcas são os primeiros chefes de família que viveram, seja antes, seja depois do Dilúvio. nesse sentido ainda é encontrado por exemplo, na Igreja Ortodoxa, na expressão “o patriarca de Constantinopla” (Delph, 2009, p.173)

Visto brevemente as suas raízes históricas e ideológicas, a conceituação do patriarcado se refere a um sistema de dominação e opressão masculina sobre as mulheres, sentido contemporâneo adotado pelos Movimentos Feministas. Cabe ressaltar que, os Feminismos são movimentos sociais que surgiram a partir das inquietações das mulheres frente às injustiças e desigualdades sociais enfrentadas por elas no acesso de direitos civis e políticos durante os anos de 1960 nos Estados Unidos e que posteriormente se expandiu por outros países do Ocidente. Conforme explicitado por Goldenberg e Toscano:

O movimento feminista, enquanto ação organizada de carácter coletivo que visa mudar a situação da mulher na sociedade, eliminando as discriminações a que ela está sujeita, só vai surgir no quadro de mudanças mais profundas que marcaram a história da Europa Ocidental a partir do século XVIII (Goldenberg; Toscano, 1992, p.17)

Nos estudos feministas, o conceito de patriarcado é abordado de maneiras diversas, revelando divergências quanto à necessidade de empregar esse termo em decorrência de escolhas teóricas entre as feministas (Delphy, 1981 *apud* Morgante e Nader 2014). As diferentes interpretações do conceito de patriarcado de modo geral, se dão por um lado em seu uso clássico e pré-feminista empregado como ideologia, intitulado-se de sentido adjetivado,

e por outro lado, quando empregado enquanto sistema de dominação dos homens sobre as mulheres, atribui-se o sentido substantivo ao conceito (Delphy, 1981; Castro e Lavinias, 1992 *apud* Morgante e Nader 2014).

No entanto, é fundamental evidenciar o caráter substantivo e sistêmico do patriarcado ao organizar as relações desiguais entre homens e mulheres na sociedade contemporânea.

Nesse sentido, a autora Carole Pateman (1993, p. 39), salienta que o patriarcado é o “único conceito que se refere especificamente à sujeição da mulher, e que singulariza a forma de direito político que todos os homens exercem pelo fato de serem homens”. Sob a perspectiva da autora, o patriarcado desempenha a função de expressar a condição de subordinação das mulheres frente às configurações de poder androcêntricas, que extrapolam a dominância exercida pelos os homens na unidade familiar e se ramificam por todas as instituições sociais e políticas, resultando na subjugação e privação feminina a esse poder na sociedade.

As relações patriarcais de gênero, raça e classe na sociedade brasileira conduziram historicamente a experiências sociais distintas para as mulheres negras e brancas nos eixos comuns como sexualidade, saúde reprodutiva e trabalho (Caldwell, 2000). Ainda sobre a relação do sistema escravocrata e patriarcado, a autora Patricia Collins (2015, p. 21-22), explana que a escravidão foi funcional para manter o patriarcado. Nesse contexto, o controle do corpo e sexualidade das mulheres brancas “estava atrelado à manutenção das relações de propriedade, uma vez que a propriedade deveria ser passada aos herdeiros legítimos dos senhores de escravos”.

A escravidão foi uma instituição profundamente patriarcal. Ela se apoiava no princípio dual da autoridade do homem branco e em sua propriedade, uma junção das esferas políticas e econômicas dentro da instituição familiar. A heterossexualidade era presumida e era esperado que todos os/as brancos/as se casassem. O controle sobre a sexualidade das mulheres brancas abastadas foi central para a escravidão, uma vez que as propriedades deveriam ser passadas aos herdeiros legítimos dos senhores de escravos. Assim, assegurar a virgindade e a castidade dessas mulheres brancas estava intimamente atrelado à manutenção das relações de propriedade [...]. Além disso, o status das mulheres negras era fundamental para manter todas as mulheres brancas em seus devidos lugares. Controlar a fertilidade das mulheres negras era, também, fundamental para a continuidade da escravidão, já que crianças nascidas de mães escravas eram, elas também, escravas [...] negros eram submetidos aos mais duros tratamentos na escravidão que, assim, fizeram da escravidão uma instituição visivelmente racista, raça, gênero e classe se entrelaçavam na organização, sistêmica e estruturante de dominação e subordinação da escravidão (Collins, 2015, pg. 21-22)

Como destacado por Collins (2015), por um lado, as mulheres brancas sofriam com aprisionamento moral dos valores cristãos que exigiam a castidade e virgindade para o momento do matrimônio. Por outro lado, foram privilegiadas pelo seu status social de classe e de cor, sendo minimamente livres e integradas à sociedade. Em contrapartida, a mulher negra foi animalizada pela escravidão, tendo seu corpo brutalmente objetificado e hipersexualizado,

sendo utilizada para fins de reprodução da força de trabalho e violentadas sexualmente para satisfazer as fantasias eróticas dos homens brancos.

Essa violência corroborou para preservar o status de “pureza” da mulher branca e possibilitou exercer a função de esposa e mãe dos filhos do homem branco, ratificando as expectativas patriarcais e racistas (Saffioti,1976). Em consonância com hipersexualização e violência sexual sofridas pelas as mulheres negras, autora Bell Hooks (1995), explícita que:

Para justificar a exploração masculina branca e o estupro das negras durante a escravidão, a cultura branca teve de produzir uma iconografia de corpos de negras que insistia em representá-las como altamente dotadas de sexo, a perfeita encarnação de um erotismo primitivo e desenfreado (Hooks, 1995, p. 469)

Nesse revés, o mito de fragilidade feminina e proteção paternalista nunca fizeram parte das experiências das mulheres negras, pois elas estavam ora sendo escravizadas, levando-as ao ápice do esgotamento físico, ora estavam lutando para sobreviver na sociedade pós-abolição enfrentando trabalhos mal remunerados e estigmatizados na sociedade (Carneiro, 2020).

Conforme explica Gonzales (2020, p.50), na contemporaneidade “ser negra e mulher no Brasil, repetimos, é ser objeto de tripla discriminação, uma vez que os estereótipos gerados pelo racismo e pelo sexismo a colocam no mais baixo nível de opressão”. Segundo Saffioti (1987), sendo essas discriminações estruturais sobre a vida da mulher negra, resultado da fusão de três sistemas complexos, denominado de patriarcado-racismo capitalismo:

Com a emergência do capitalismo, houve a simbiose, a fusão, entre os três sistemas de dominação-exploração [...]. Só mesmo para tentar tornar mais fácil a compreensão deste fenômeno, podem-se separar estes três sistemas. Na realidade concreta, eles são inseparáveis, pois se transformaram, através deste processo simbiótico, em um único sistema de dominação-exploração, aqui denominado patriarcado-racismo capitalismo (Saffioti, 1987, p. 60).

Nesse sentido, o capitalismo estratifica a sociedade em classes sociais e no seu interior se utiliza das hierarquias de classe, gênero e raça para manter a supremacia masculina branca na condução das esferas produtivas, isto é, utiliza-se da suposta inferioridade e incapacidade feminina para ocupar lugares de destaque na produção capitalista, lógica que advém das relações patriarcais e sexistas, que renegam o papel das mulheres na sociedade e dispõe para aquelas trabalhos subalternos nas estruturas do capitalismo.

Nesse sentido, essa subalternização das mulheres pelo capital está circunscrita na divisão sexual do trabalho. De acordo com as autoras Hirata e Kergoat (2007) as mulheres foram reduzidas as funções na esfera reprodutiva, e os homens a funções na esfera produtiva, reservando para o masculino posições de maior prestígio social:

A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos; mais do que isso, é um fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos. Essa forma é modulada histórica e socialmente. Tem como características a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado (políticos, religiosos, militares etc.) (Hirata; Kergoat, 2007, p. 599).

Entretanto, nessa divisão sexual do trabalho, a mulher negra se encontra localizada na divisão racial do trabalho no capitalismo (Gonzalez, 2020). Com ressaltado nos processos históricos anteriores, elas, desde muitos séculos, estão inseridas no mundo do trabalho, sendo esse o trabalho escravizado e no pós-abolição se manteve excluída socialmente e exercendo funções “doméstica”, “merendeiras” “serventes nos supermercados” e entre outros trabalhos identificados como subalternos e informais na sociedade em troca de salários baixíssimos e com pouco ou nenhum direito trabalhista. Conforme a autora Gonzalez (2020, p.44):

O processo de exclusão da mulher negra é patenteado, em termos de sociedade brasileira, pelos dois papéis sociais que lhe são atribuídos: “domésticas” ou “mulatas”. O termo “doméstica” abrange uma série de atividades que marcam seu “lugar natural”: empregada doméstica, merendeira na rede escolar, servente nos supermercados, na rede hospitalar etc. Já o termo “mulata” implica a forma mais sofisticada de reificação: ela é nomeada “produto de exportação”, ou seja, objeto a ser consumido pelos turistas e pelos burgueses nacionais. Temos aqui a enganosa oferta de um pseudomercado de trabalho que funciona como um funil e que, em última instância, determina um alto grau de alienação. Esse tipo de exploração sexual da mulher negra se articula a todo um processo de distorção, folclorização e comercialização da cultura negra brasileira. Que se pense no processo de apropriação das escolas de samba por parte da indústria turística, por exemplo, e no quanto isso, além do lucro, se traduz em imagem internacional favorável para a “democracia racial brasileira” (Gonzalez, 2020, p 44).

A divisão racial do trabalho na sociedade capitalista contemporânea escancara as raízes escravocratas e racistas que vulnerabilizam a mulher negra a situação de desemprego estrutural e cria dificuldades no acesso a postos de trabalho formais, sobretudo, aqueles de maior prestígio social e financeiro.

Essa realidade foi evidenciada pelo estudo realizado pelos autores Freitas, Santos e Jacinto (2022), que aponta que mesmo diante da crescente escolarização e profissionalização das mulheres negras, essas são discriminadas no processo de seleção e contratação, e quando selecionadas apresentam diferenças salariais em relação à população branca e consequentemente não são absorvidas de forma justa e igualitária no mercado de trabalho. Essas desigualdades no acesso ao mercado de trabalho marcam a lógica excludente criada pelo machismo, racismo e sexismo estruturais que reservam para os corpos femininos negros os olhares estereotipados que sinalizam os lugares ocupacionais subalternos naturalizados para essa população.

As raízes históricas e ideológicas do capitalismo, patriarcado e racismo nos explicam as desigualdades estruturais que vulnerabilizam as mulheres negras a obstáculos discriminatórios no acesso a uma série de direitos, tais como o direito à saúde sexual e reprodutiva. Assim, esses direitos serão discutidos na próxima seção deste trabalho.

2.2 “NOSSOS PASSOS VÊM DE LONGE”¹. A CAMINHADA DAS MULHERES NEGRAS NO ACESSO A SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUAL

Com base nos processos históricos dos tópicos introdutórios deste capítulo, as mulheres negras tiveram historicamente seus direitos humanos violados pelo patriarcado, racismo e capitalismo que coíbaram o exercício da vida sexual e reprodutiva de forma livre e autônoma.

Os direitos sexuais e reprodutivos são direitos historicamente construídos e legitimados a partir dos esforços teóricos e prático-políticos dos movimentos feministas e demais movimentos sociais na luta por direitos relacionados à fecundidade e saúde feminina (Ávila, 1994). O debate da construção dos direitos sexuais e reprodutivos por esses segmentos sociais se inserem em uma agenda internacional de conferências realizadas pela Organização Nações Unidas (ONU), a partir do compromisso adotado entre as nações de implementar os direitos básicos previstos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

Nesse contexto, a construção dos direitos sexuais e reprodutivos, tem como marco a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994 e IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, no qual ficou acordado sua definição e vinculação ao rol direito humanos (Ministério da Saúde, 2005).

Os direitos humanos são direitos universais dotados de historicidade, ou seja, foram resultados de um processo de conquistas progressivas, impulsionado pelas lutas dos movimentos sociais em busca da afirmação da dignidade da pessoa humana e cidadania.

Dito isso, os direitos sexuais e reprodutivos são direitos em interface com outras garantias, dentre eles o direito à saúde. De acordo com o Guia para Saúde Sexual e Reprodutiva e Atenção Obstétrica, publicado em 2022, elaborado pelo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), em parcerias com outras instituições, “os direitos sexuais e reprodutivos estão sob o “guarda-chuva” do direito à saúde e devem ser garantidos a todos, sem distinção de classe, raça/cor, gênero, orientação sexual e entre outros aspectos”. Diante disso, o Brasil como signatário da Declaração dos Direitos Humanos, por meio de seus órgãos oficiais de

¹ Não se sabe a autoria em específico, mas essa frase ganhou visibilidade na escrita da autora Jurema Werneck.

saúde, reconhece os direitos sexuais e reprodutivos da seguinte forma descrita a seguir.

Entende-se por direito sexual:

Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a). Direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual. (...) Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual. Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras. Direito de ter relação sexual independente da reprodução. Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS. Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação. Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva. (Ministério da Saúde, 2009, p. 04).

O Ministério da Saúde reconhece como direito reprodutivo, o direito de todo indivíduo e casal de decidir sobre a sua própria reprodução e com isso, o direito à educação e informação, torna-se fundamental para que as escolhas sobre os métodos para ter filhos ou não sejam respeitadas e democratizadas na sociedade:

Direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. Direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos. Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. (Ministério da Saúde, 2009, p. 04).

Desse modo, os direitos reprodutivos não se limitam apenas ao direito à procriação humana e controle da fecundidade, mas também os meios de ter acesso a políticas sociais intersetoriais que permitam tratamento justo e equânime aos segmentos marginalizados na sociedade (Ventura, 2009).

Segundo Ávila (2003), os direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos humanos inalienáveis devem ser compreendidos enquanto eixos separados, mas articulados como partes integrantes das experiências humanas.

Nesse campo, o patriarcado e racismo reservaram dinâmicas distintas entre as mulheres acerca dos direitos reprodutivos e sexuais. Assim, para as mulheres brancas a maternidade era uma condição imposta e para as mulheres negras negada historicamente. Como pontua a autora Ângela Davis (2016, p.11-12), a exaltação ideológica da maternidade no século XIX não se estendia às mulheres negras que foram escravizadas, pois essas eram vistas como “animais” reprodutoras da mão de obra, sendo o seu corpo e útero eram propriedades do Estado escravocrata:

Elas eram “reprodutoras” - animais cujo valor monetário podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar. Uma vez que as escravas eram classificadas como “reprodutoras”, e não como “mães”, suas crianças poderiam ser vendidas e enviadas para longe, como bezerros separados das vacas. (Davis, 2016, p.19-20).

O direito à maternidade das mulheres negras foi historicamente interdito e seus

sentimentos maternos estigmatizados pelo racismo e escravidão. Autora Bell Hooks (2020), descreve com muita nitidez a atmosfera extremamente aterrorizante e degradante que as mulheres negras foram submetidas enquanto foram exportadas na condição de mercadoria pelos “navios negreiros”, muito delas grávidas tiveram seus filhos em condições insalubres, resultando em mortes maternas e infantis:

Nas suas comunidades as mulheres africanas estavam habituadas a muito afago e cuidado durante a gravidez, por isso a natureza bárbara do parto no navio de escravos foi simultaneamente fisicamente prejudicial e psicologicamente desmoralizante. Os anais da história registraram que o navio americano negreiro Pongas transportou duzentas e cinquenta mulheres, muitas delas grávidas, que foram espremidas num compartimento de dezesseis por dezoito “pés” (um pé é igual a 30,48 cm). As mulheres no estágio inicial da gravidez deram à luz a bordo do navio com os seus corpos expostos também ao sol ardente ou ao frio gelado. O número de mulheres negras que morreram durante o parto ou o número de nascidos mortos nunca será conhecido. As mulheres negras com crianças a bordo nos navios negreiros foram ridicularizadas, vaiadas e ameaçadas depreciativamente pela tripulação escravagista. Frequentemente os escravistas brutalizavam as crianças fazendo-as ver a agonia das suas mães. (Hooks, 2020, p.16).

Assim, a máquina colonial funcionava a todo vapor produzindo inúmeras crueldades reprodutivas e sexuais sobre os corpos das mulheres negras. Durante a escravidão, muitas dessas mulheres, em um ato de desespero, induziam o aborto como uma forma de evitar que mais um ser humano ao nascer já tivesse todo seu destino marcado pela a violência do trabalho escravo (Davis, 2016).

No decorrer dos processos históricos, com a instauração da Lei do Ventre Livre² (1871) e mais adiante a Lei Áurea (1888), criou-se a falsa sensação de liberdade no pós-abolição. A sociedade brasileira, não satisfeita com sua formação étnico-racial e a presença de uma classe marginalizada pela pobreza, foi em busca de extirpar essas condições mediante formas de “higienizações sociais”.

Os movimentos eugenistas e racistas penetraram de forma rápida na sociedade brasileira, visando construir uma nação mais próxima dos ideais brancos e europeus. Nessa conjuntura, se utilizaram dos avanços técnico-científicos da Medicina, em particular o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e métodos contraceptivos, para obter formas de controle da fecundidade feminina, e conseqüentemente, um modo de conter a reprodução das populações ditas indesejáveis, isto é, os povos não brancos na sociedade (Werneck, 2004).

Nesse contexto, na busca por “aperfeiçoar” a sociedade brasileira, durante a década de 1990, as mulheres negras e indígenas foram massivamente esterilizadas de forma compulsória, enganadas sobre a possibilidade de irreversibilidade, convencidas pelos médicos

² A Lei do Ventre Livre possibilitou que os filhos nascidos de mulheres negras escravizadas fossem considerados livres da escravidão.

sobre ser a única maneira de evitar gestações indesejadas e pressionadas pelos empregadores para obter “atestado de laqueadura” como requisito para ingresso no mercado de trabalho (Roland, 1995). De acordo com o Centro de Articulação de Populações Marginalizadas (CEAP) apud Damasco *et al.*, (2012, p. 141), esse projeto de esterilização das negras e mestiças foi financiada pelo Estado brasileiro e incentivado pelo capital estrangeiro no país:

“Milhões de mulheres negras e mestiças esterilizadas por acreditarem que esta é a única forma de evitar filhos [...]; governo brasileiro e entidades internacionais financiando o controle da natalidade e o extermínio de negros e mestiço.

Essa conjuntura foi denunciada pelo Movimento de Mulheres Negras, resultaram na elaboração da Campanha Nacional contra a Esterilização de Mulheres Negras, com o seguinte slogan: “Esterilização: Do Controle da Natalidade ao Genocídio do Povo Negro! (Damasco *et al.*, 2012, p. 141).” A efervescente discussão sobre a saúde reprodutiva das mulheres negras e bem como articulação com parlamentares e pesquisadores da área desencadeou abertura de processo investigativo sobre procedimentos de esterilização realizados de forma indiscriminada nas mulheres, que ficou conhecida como “CPI da Esterilização³” (Roland, 1995).

Essa investigação sobre esterilização em massa das mulheres no Brasil demonstrou irregularidades nos serviços contraceptivos oferecidos pelo Estado brasileiro e como desdobramento reverberou na criação da Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96) para regular as formas de controle reprodutivo das mulheres no país (Góes, 2018).

Contudo, essa realidade de violência sexual e reprodutiva contra as mulheres promovida pelo Estado brasileiro não ficou no passado e encontra na contemporaneidade suas formas de persistir. Ressalta-se, nesse sentido, o caso da Janaina Aparecida Quirino⁴, mulher em situação de rua, que foi submetida ao processo de laqueadura sem o seu consentimento em 2018, a pedido de um promotor de justiça, como destaca a reportagem realizada pelo jornal EL País:

Quando foi à Santa Casa de Mococa para dar à luz o oitavo filho, em 14 de fevereiro deste ano, o hospital, cumprindo a ordem judicial, realizou uma cesárea em Janaina e aproveitou a mesma cirurgia para praticar nela uma laqueadura. Janaína, que entrou no pronto-socorro para ter um filho, saiu de lá estéril.

A situação de violência vivenciada por Janaina possibilita reflexões sobre a quem

³Relatório destinado a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/85082>

⁴ Reportagem do Jornal EL País sobre o caso de Janaína Aparecida Quirino. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/06/12/politica/1528827824_974196.html

pertence a fertilidade das mulheres, sobretudo a da mulher negra e pobre. Certamente não cabe ao Estado decidir coercitivamente sobre o destino reprodutivo e sexual de nenhuma mulher.

A quem pertence a fertilidade da mulher negra? Mulheres negras escolhem quando querem parir? Podem mulheres negras cuidar de suas crias livremente? Mulheres negras são mulheres? O corpo do escravizado da colônia é ainda estritamente interdito, perseguido e assassinado. A pele preta que ardia sobre o sol dos canaviais é a mesma que derrama o suor do trabalho precarizado. A mãe preta da senzala ainda é a babá da branca enciumada. Ela assiste amargamente seus filhos morrerem num projeto genocida, mas seus prantos ninguém irá ouvir, suas lágrimas ninguém irá enxugar. O que resta à mãe preta? (Lobo e Souza, 2019, p. 2)

Para compreender as barreiras discriminatórias enfrentadas pelas mulheres negras ao acesso aos direitos reprodutivos na contemporaneidade, é necessário diferenciar as práticas de discriminação racial e preconceito racial.

Segundo Gomes (2005) e Almeida (2019), devemos tomar cuidado acerca das diferenças sobre preconceito racial e discriminação racial, pois ambos não são produtos diretos. Assim, enquanto o preconceito racial é um julgamento prévio baseado em estereótipos negativos sobre sujeitos pertencentes a um determinado grupo racial ou étnico, a discriminação racial é uma manifestação material do racismo estrutural e institucional que cria obstáculos no acesso aos direitos e negam oportunidades nos mais diversos os âmbitos da vida em sociedade (Almeida, 2019). Dessa forma, discriminação e preconceito racial “se realimentam mutuamente, mas diferem um pouco entre si” (Gomes, p.56, 2005).

O conceito de discriminação racial também foi discutido pela Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial ocorrida em 1965, que no seu artigo 1º, conceitua essa conduta como uma forma de exclusão e negação do exercício da cidadania:

A discriminação é conceituada como sendo: Qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha o propósito ou o efeito de anular ou prejudicar o reconhecimento, gozo ou exercício em pé de igualdade de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública (ONU, 1965).

Na sociedade brasileira as práticas de discriminação racial estão presentes no cotidiano da população negra, todavia, são negadas e camufladas em razão do mito da democracia racial, isto é, sob a pretensa de que não existe conflito entre os segmentos populacionais brancos, negros e indígenas na sociedade.

Segundo Afonso e Matos (2003), a ideologia da democracia racial é um elemento persistente para difundir os preconceitos do racismo de forma velada e naturalizar as condições socioeconômicas, políticas e culturais vivenciadas pela população negra na contemporaneidade, sem recorrer aos argumentos biológicos usados na escravidão.

Diante disso, de modo a evidenciar as barreiras socioeconômicas, raciais e de gênero no acesso aos direitos reprodutivos das mulheres, destacam-se duas pesquisas fundamentais acerca desse cenário: O Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva, elaborado pelo Criola, Organização da Sociedade Civil em defesa dos Direitos Humanos e enfrentamento do racismo, sexismo, lesbofobia e transfobia, publicado em 2021 e o Relatório produzido pelo Observatório das Desigualdades⁵, publicado em 2023, intitulado “Um Retrato das Desigualdades no Brasil Hoje”.

Cabe destacar que a primeira pesquisa tem uma abordagem de dados nacionais, mas em particular dados do estado do Rio de Janeiro sobre direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais e sua interface com os direitos sexuais e reprodutivos. O segundo estudo apresenta um compilado de diferentes fontes de dados públicos e de órgãos oficiais de abrangência nacional sobre um conjunto de indicadores sociais selecionados a partir de diferentes condições regionais, buscando retratar as condições de pobreza, dificuldades no acesso à educação, habitação, trabalho, entre outros. Essas informações foram selecionadas pelo Pacto Nacional pelo Combate às Desigualdades.

À priori, as duas pesquisas contribuem para compreensão de que a população negra é o grupo é mais afetado por quadros severos de vulnerabilidade sociais, caracterizados por precariedades habitacionais, falta de esgotamento sanitário, insegurança alimentar e desnutrição, baixos níveis de escolaridade e analfabetismo, obstáculos no acesso a internet, discriminações no mercado de trabalho, vínculos trabalhistas precários e desemprego, sub-representatividade nos espaços de poder e encarceramento em massa, além da violência e brutalidade policial, que sistematicamente assassinam a população negra de forma extremamente superior à população branca.

Lúcia Xavier, Assistente Social e coordenadora do Criola, em ocasião do lançamento do Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva,⁶ salienta que esse quadro de violação de direitos sociais é muito preocupante porque as mulheres negras fazem suas escolhas reprodutivas interpeladas por esse contexto estrutural de acesso precário às políticas sociais do Estado, resultando em injustiças sociais e reprodutivas para elas. Por isso, argumenta que é

⁵ Relatório do Observatório de Desigualdades.

Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2023/08/Relatorio-2023-Observatorio-Brasileiro-das-Desigualdades-1.pdf>

⁶ Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva.

Disponível em : <https://criola.org.br/criola-lanca-dossie-mulheres-negras-e-justica-reprodutiva-nesta-sexta-feira-01-10-as-19h/>

fundamental que os direitos sexuais e reprodutivos sejam concebidos em articulação com a justiça social.

O Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva, demonstra que as barreiras construídas pelas desigualdades socioeconômicas criam cenários ainda mais cruéis e invisibilizam-te do acesso ao direito à saúde sexual e reprodutiva. Dentre as dificuldades relatadas pelas mulheres negras no referido dossiê, está a desinformação acerca dos serviços abortivos legais, falta de orientação profissional sobre o uso de métodos contraceptivos, julgamento das famílias que optam por esterilização masculina, violência obstétrica nas suas variadas expressões e precariedade dos serviços e equipamentos de saúde. O dossiê também enfatiza a violências obstétricas sofridas pelas as mulheres em situação de abortamento e discriminação racial nos serviços ginecológicos:

1) Casos de aborto espontâneo em que houve descaso e indiferença nos serviços de saúde; 2) Procedimentos dolorosos nos casos de abortos, tais como curetagem sem anestesia; 3) Houve relatos de aborto provocado por terceiro em razão de violência física/espancamento; 4) Há julgamento por parte do conservadorismo religioso, 5) Muitas foram incentivadas a realizar laqueadura na hora do parto, sendo que a Lei de Planejamento Familiar só permite o procedimento com no mínimo 45 dias após o parto; 6) O acesso aos serviços de ginecologia acontece em meio a maus tratos e discriminação racial. (Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva, 2021).

Essas situações de negligência e julgamento morais, vivenciados pelas mulheres negras no atendimento aos serviços ginecológicos e abortivos no país, tem suas raízes nos comportamentos e práticas de discriminação racial, gênero e classe social. Nesse contexto, o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), implementado no Brasil, em 2005, define racismo institucional como a incapacidade das instituições de prover um atendimento adequado à população em razão da sua raça/cor, etnia e cultura.

O racismo institucional é o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (PCRI, 2006, p.22)

Assim, o racismo institucional expõe a mulher negra em situações vexatórias de discriminação racial, que repercutem no acesso precário e desestimulante dos serviços e direitos garantidos pelo Estado.

Nesse contexto, a mulher negra é mais vitimada pelo acesso desigual aos direitos reprodutivos, em virtude não somente das hierarquias raciais, mas também reprodutivas. Os autores Mattar e Diniz (2012), discorrem sobre a concepção de hierarquias reprodutivas a partir

das contribuições teóricas da autora Gayle Rubin (1999) sobre hierarquias sexuais, para explicar as formas de discriminação no âmbito reprodutivo.

A pirâmide sexual é um sistema no qual os indivíduos cujo comportamento sexual é culturalmente aceito ficam localizados no topo da pirâmide e são recompensados pelas suas performances sexuais com respeito, benefícios, suporte institucional e entre outros privilégios sociais. Em contrapartida, os indivíduos localizados mais abaixo nesta escala e que desviam dos padrões de cis-heterossexualidade, são recompensados negativamente com desprezo, sanções econômicas e entre outras mecanismos de punições sociais (Rubin, 1999 *apud* Mattar e Diniz, 2012).

Com base nisso, Mattar e Diniz (2012) fazem um paralelo importante a partir dessa concepção piramidal do sexo ao evidenciar a hierarquia reprodutiva como uma realidade atrelada ao acesso à maternidade e demais direitos reprodutivos no qual a raça e classe desempenham papéis fundamentais.

A reprodução socialmente aceita e desejada é aquela exercida dentro do que se convencionou chamar de “boa maternidade”: um casal heterossexual, monogâmico, branco, adulto, casado e saudável, em que o cuidado é exercido pela mulher com suporte financeiro do homem para criar “bem” os filhos. (Mattar e Diniz, 2012, p.4),

Em virtude das hierarquias reprodutivas, determinadas maternidades e procriações são socialmente aceitas e exaltadas ideologicamente e outras invisibilizadas e estigmatizadas na sociedade (Davis, 2016). Assim, a maternidade enquanto um fenômeno simbólico, é marcada por desigualdades sociais, raciais/étnicas e de gênero que conferem experiências distintas para as mulheres na sociedade (Scavone, 2001, p.48).

A partir disso, pode-se inferir que os direitos sexuais e reprodutivos ainda são concebidos por meio de uma ótica pautada no acolhimento de um determinado grupo familiar na sociedade, sendo ele cis-hetero, branco e de classe economicamente privilegiada.

Em virtude dessas hierarquias mencionadas, o Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva, evidencia um olhar tridimensional para se conceber o conceito de justiça reprodutiva, ressaltando a necessidade de se pautar os direitos sexuais e reprodutivos sob a ótica dos direitos humanos, diversidade das experiências reprodutivas e das violências cometidas pelo Estado:

A Justiça Reprodutiva é pensada a partir de três dimensões. A primeira diz respeito aos direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais; a segunda se refere a saúde reprodutiva e sexual das mulheres e da população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, queers, intersexos, assexuais, panssexuais - LGBTQIAP+; e a terceira dimensão versa sobre as violências e as violações por parte do Estado (2021, p.11).

Em consonância com o Dossiê citado anteriormente, Ventura (2009, p. 21), pontua que a articulação entre os direitos sexuais e direitos reprodutivos tem sido fundamental para construção de legislações e políticas públicas na área da saúde reprodutiva. Entretanto, essa relação entre os dois direitos é criticada, haja vista que “restringe fortemente a formulação dos direitos sexuais no âmbito das ações de saúde reprodutiva e de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual”.

Sob esse argumento, a articulação desses direitos dificulta uma formação mais autônoma e ampliada dos direitos sexuais que possibilitem acolhimento de outros sujeitos, tal como explica a autora “os direitos sexuais de adolescentes, de pessoas com orientação homossexual, transexuais, travestis, trabalhadoras e trabalhadores sexuais, e outros segmentos” (Ventura, 2009, p. 21).

Sob influência de um cenário conservador, o direito ao aborto, direito legítimo previsto pelo Código Penal brasileiro em determinadas situações, é um dos âmbitos da saúde sexual e reprodutiva mais deslegitimados no Brasil, mesmo diante das condições de estupro⁷.

Segundo a antropóloga e pesquisadora Debora Diniz, referência na luta pela descriminalização do aborto no país, em entrevista ao Jornal Folha de São Paulo⁸ em 2022, a pesquisadora alerta sobre a importância de tornar o aborto um problema de saúde pública no Brasil. Essa necessidade surge porque o aborto é um procedimento que acontece independentemente da sua legalização, sendo de extremo risco a saúde e vida das mulheres quando realizado de forma precária e insegura, isto é, sem profissionais capacitados e recursos médicos necessários, o abortamento se torna um evento de grande potencial de óbito e ainda mais traumático sem o acolhimento necessário as mulheres, meninas e pessoas que gestam que precisam interromper a gestação.

Para antropóloga, a pauta sobre a legalização do aborto incomoda a moral hegemônica da sociedade brasileira “despertando a fúria patriarcal” de controle da reprodução dos corpos das mulheres.

De acordo com o estudo publicado por Diniz *et al.*, (2023) sobre as disparidades raciais no acesso ao aborto entre mulheres brancas e negras, com base na Pesquisa Nacional de Aborto

⁷Menina de 10 anos violentada faz aborto legal, sob alarde de conservadores à porta do hospital. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-16/menina-de-10-anos-violentada-fara-aborto-legal-sob-alarde-de-conservadores-a-porta-do-hospital.html>

⁸ Entrevista com a antropóloga Debora Diniz. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2022/03/por-que-o-aborto-desperta-a-furia-patriarcal-segundo-debora-diniz.shtml>

(PNA) nas edições de 2016, 2019 e 2021, o aborto é um evento mais comum na vida reprodutiva das mulheres negras (pretas e pardas). Este estudo revela que a incidência de aborto é 46% maior entre mulheres negras em comparação às brancas, e o perfil etário dessas mulheres é diversificado. Além disso, a criminalização e estigmatização do aborto afetam de forma mais severa as mulheres negras e pobres, contribuindo para consequências graves, como a morte materna.

Segundo Góes (2018), as mulheres pretas/pardas são mais sujeitas à abortos inseguros ao apresentar uma tendência bem maior de interromper a gravidez tardiamente. Elas também sofrem três vezes mais com a peregrinação em busca de leitos, e conseqüentemente mais hospitalizações que as mulheres brancas. Diante disso, cabe mencionar que se considera aborto inseguro a prática de interrupção de uma gravidez indesejada sem técnicas e procedimentos médicos necessários para a segurança e saúde da mulher (Organização Mundial da Saúde, 2022).

A vulnerabilidade e as motivações das mulheres negras ao aborto foram salientadas pela célebre escritora Conceição Evaristo, em entrevista ao Programa Roda Viva⁹ em 2021. A escritora argumenta que é importante se atentar sobre as diferenças entre os discursos feministas das mulheres brancas e mulheres negras sobre a questão da legalização do aborto. Conforme destacado por ela, a motivação do aborto entre as mulheres brancas e negras geralmente são diferentes, quando analisado a condição de pobreza estrutural da mulher negra. A realização do aborto está geralmene atrelada a angústia de gerar mais uma vida que vai ser atravessada pela pobreza e discriminação racial, indo além do discurso de liberdade sobre o corpo, associado as necessidades das mulheres brancas de classe média e alta na sociedade:

Quando mulheres brancas e de classe média reivindicam o aborto há todo um discurso, uma política de “esse corpo é meu, é minha decisão” [...], eu me pergunto até que ponto as mulheres negras podem reivindicar o aborto a partir de um fundamento de uma política de corpo [...] Até que ponto essas mulheres fazem esse discurso ou se elas também não têm outras motivações? Até que ponto uma mulher negra e pobre quer fazer um aborto porque ela quer se afirmar que o corpo é dela ou porque ela sabe que não vai dar conta de um filho, que ela vai ter mais uma boca para alimentar.

O aborto é um dos problemas no âmbito da saúde reprodutiva e sexual das mulheres que precisa ser urgentemente debatido com seriedade na sociedade brasileira. Como evidenciado no percorrer deste capítulo, o racismo e as desigualdades socioeconômicas perpassam o cotidiano dos serviços de saúde reprodutiva no país, vulnerabilizando as mulheres

⁹ Entrevista da escritora Conceição Evaristo ao Programa Roda Viva, em 2021. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=wL_t_8H6rMg

negras e pobres a situações discriminatórias. Essas violências que ocorrem durante o atendimento se aglomeram e se agravam no momento do parto, repercutindo em práticas de violência obstétrica e racismo obstétrico.

Nesse sentido, no próximo capítulo, nos debruçaremos sobre os processos históricos relacionados à institucionalização do parto na sociedade brasileira para compreender a gênese e reprodução do racismo obstétrico na assistência ao parto das mulheres negras.

3. DO SABER-FAZER FEMININO AO SABER- PODER MASCULINO

Este capítulo visa discutir algumas transformações históricas, científicas e socioculturais que perpassam o parto na sociedade brasileira. Assim, refletiremos sobre o pioneirismo das parteiras sobre os conhecimentos sobre parto e saúde da mulher e em paralelo isso, analisaremos a mudança de paradigma feminino sobre o parto com surgimento da ciência obstétrica.

Em segundo instante, compreenderemos a atual conjuntura de assistência ao parto e nascimento na sociedade brasileira contemporânea a partir dos conceitos de violência obstétrica e racismo obstétrico. Por fim, realizaremos uma breve discussão sobre o Movimento de Humanização do Parto e Nascimento, evidenciando as conquistas das políticas de saúde materna e a sua relação transversal com a Política de Saúde Integral da População Negra, para abranger as especificidades da saúde reprodutiva das mulheres negras.

O parto e nascimento são processos naturais da vida humana, mas construídos e reinventados socialmente a depender do contexto histórico e cultural. Nas sociedades antigas, por exemplo, o processo de parir era visto como prática instintiva e sagrada entre as mulheres, sendo realizada de forma reservada e misteriosamente compartilhada entre elas, que se auto ajudavam mediante a instrumentalização de um conjunto de práticas e saberes acumulados em decorrência de um processo extenso de observação e investigação do parto de outras mulheres (Melo, 1983 *apud* Kappaun e Costa, 2020).

Os primeiros conhecimentos obstétricos sobre a gestação e parto advém dessa investigação milenar desenvolvida pelas mulheres. Como afirma a historiadora Mary Del Priore (1995, p. 263), o parto era “coisa de mulher” e próprio do “saber-fazer” feminino desenvolvido por meio da medicina antiga baseada nos elementos curativos obtidos através das plantas. Os conhecimentos medicinais possibilitaram que as mulheres cuidassem uma das outras no momento do parto e aconselhassem sobre os assuntos relacionados à gestação e vida

feminina.

Segundo Brenes (1991, p. 135), na sociedade brasileira, esse acúmulo de saberes e afinidades entre as mulheres historicamente se configura no surgimento da figura da “comadre”, “aparadeira” ou “parteiras”. Essas expressões descrevem mulheres que eram detentoras de um vasto conhecimento sobre diversos assuntos relacionados a gravidez, parto, cuidados com o recém-nascido, doenças femininas e a prática do aborto induzido. Nas palavras da autora, as parteiras na sociedade brasileira “na sua maioria, eram mulatas ou brancas e portuguesas e pertenciam aos setores populares”.

No Brasil, o cuidado com o parto permaneceu sob a responsabilidade das parteiras ao longo de todo o século XIX, e os médicos raramente eram convocados para auxiliar no parto, exceto em casos de extrema emergência resultantes de partos complexos (Mot, 2002; Wolff e Moura, 2004). Nessas ocasiões atípicas do parto fora do contexto domiciliar, esses eram realizados com auxílio dos médicos cirurgiões, e na presença masculina as mulheres relatavam uma série de situações desconfortáveis, entre elas pudor moral pela exposição dos seus genitais e a constante insensibilidade dos médicos com dores enfrentadas por elas no momento do parto (Del Priore, 1995; Wolff e Moura, 2004).

Nesse contexto histórico, parir fora do ambiente domiciliar era uma condição apavorante, mas uma realidade vivenciada por um contingente de mulheres excluídas da sociedade brasileira, entre as quais se encontravam mulheres escravizadas, pobres, indigentes, prostitutas e mães solteiras que precisavam recorrer à serviços de socorros públicos das Santas Casas de Misericórdia. Além disso, essas mulheres enfrentavam condições precárias dessas instalações e com risco iminente de contágio de doenças infecciosas, em decorrência da falta de ambientes propícios para a realização do parto, o que resultava, inúmeras vezes, em mortes maternas (Mott, 2002).

Esse cenário filantrópico de assistência ao parto às mulheres excluídas na sociedade brasileira, forneceram as bases históricas para que os discursos e projetos que reivindicavam a institucionalização do ensino de medicina e formação de parteiras diplomadas vigerassem no país, culminando, em 1808, na fundação das Escolas de Medicina e Cirurgia nos Estados da Bahia e do Rio de Janeiro. No entanto, foi apenas em 1832 que o ensino oficial de obstetrícia foi implementado, e as escolas ofereceram uma formação demasiadamente teórica. Posteriormente, com a criação de casas de maternidades e clínicas de parto voltadas especialmente para o atendimento às gestantes pobres, forjaram-se as primeiras práticas dos estudantes de obstetrícia (Bessa L. F, 1999 *apud* Wolff e Moura, 2004; Brenes, 1991; Mott, 2002; Palharini e Figueirôa, 2018).

Nesse contexto histórico, os corpos femininos negros e pobres, assim como outros segmentos excluídos na sociedade, foram usados em estudos clínicos da obstetrícia, servindo de “vidas humanas objetificáveis” para realização das transformações técnico-científicas e socioculturais necessárias à institucionalização do parto na sociedade brasileira. A institucionalização da medicina no Brasil, ocorreu ainda sob as engrenagens do sistema escravocrata, reverberando na idealização de projetos de criação de hospitais maternidades, que ratificaram o lugar de objeto ocupado pelas mulheres negras nessa sociedade.

Em 1832, foi apresentado um projeto de fundação de uma maternidade no Rio de Janeiro pelo cirurgião Le Masson, que tinha como objetivo ensinar mulheres negras escravizadas à arte partejar (Mott, 2002). Nessa ocasião, a sua proposta não se concretizou, mas evidenciava animalização criada pelas as hierarquias raciais, gênero e classe na ciência, que compreende a vida de mulheres negras e pobres como objetificáveis para estudo enquanto intervenções no corpo das mulheres brancas era uma questão delicada e evitadas nesse contexto (Sandelowski, 2000 *apud* Meinerz e Santos, 2023).

Em um cenário mais amplo sobre o desenvolvimento das práticas obstétricas pela ciência, destaca-se a influência do médico cirurgião estadunidense James Marion Sims, considerado o “pai da ginecologia moderna”. Seus registros revelam o uso de mulheres negras escravizadas como cobaias humanas para realização de testes e experimentos cirúrgicos. Entre os casos denunciados pelos movimentos das mulheres negras e Ginecologia Natural no Brasil, estão os casos de Anarcha, Betsey e Lucy, mulheres que foram submetidas a técnicas cirúrgicas sem utilização de nenhum recurso para o alívio da dor disponível na época (Meinerz e Santos, 2023).

Dessa forma, o racismo científico presente na obstetrícia legitimou a exploração dos corpos das mulheres negras por meio da negação do sofrimento físico e psíquico provocado pelas dores do trabalho de parto, corroborando para que elas fossem utilizadas como objeto de aperfeiçoamento das técnicas e práticas obstétricas. Essas técnicas, quando consideradas validadas pelo saber científico, foram utilizadas como privilégio de raça e classe pelas mulheres brancas e ricas (Meinerz e Santos, 2023).

Simbolicamente, o “uso do fórceps obstétrico influenciou a aceitação da obstetrícia como uma disciplina técnica, científica e dominada pelo homem”, cujo status foi conquistado historicamente pela manipulação violentada das experiências de parto das mulheres negras. A presença do fórceps também construiu barreiras econômicas, culturais e técnico-científicas para a frequência das parteiras no parto das mulheres, considerando que muitas delas não

tinham condições financeiras para adquirir esses instrumentos obstétricos que emergiram na cena do parto (Nagahama e Santiago, 2005, p. 655).

Esse quadro contribuiu para que o saber-fazer feminino sobre o parto mencionado por Del Priori (1995), tivesse seus saberes marginalizados pelas relações de poder-saber que emergem com o desenvolvimento dos conhecimentos obstétricos pela medicina.

Nas palavras do filósofo francês Michel Foucault (2010, p.30), “poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder.” Dessa forma, os conhecimentos das parteiras são deslegitimados em sua importância e contribuição sobre a saúde das mulheres em decorrência das formas hegemônicas de saber, isto é, a prevalência do saber-poder masculino na sociedade sobre os processos de parturição (Progianti, 2001 *apud* Wolff e Moura, 2004).

Em conformidade com esse processo de colonização do parto, o saber científico obstétrico obedeceu às relações hierárquicas de gênero, raça e classe desde a sua constituição enquanto campo científico, devido à sua relação intrínseca com a criação e manutenção do sistema capitalista.

Segundo Foucault (2013), a medicina surge como estratégia bio-política¹⁰ do capitalismo de controle da sociedade através do corpo. Em virtude disso, esse sistema econômico perpetua historicamente não apenas as relações de controle sobre a força de trabalho, mas também as relações de controle sobre os corpos femininos pela ciência ginecológica e obstétrica, operando por meio de um conjunto de hierarquias sexuais, reprodutivas, raciais, classe e demais formas biopolíticas de gestão da vida em sociedade:

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu na sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia biopolítica (Foucault, 2013, p. 80).

Em contrapartida, a construção do corpo enquanto objeto da medicina corroborou com uma política de valorização da vida, resultando, no interesse pela construção de hospitais e maternidades para manter indivíduos saudáveis. Com o movimento de modernização da sociedade brasileira, tornam-se iminentes os discursos dos legisladores e governantes sobre a

¹⁰ O conceito de biopolítica desenvolvido por Foucault diz respeito aos mecanismos de poder que operam de modo a disciplinar e normatizar a vida e suas expressões nas sociedades capitalistas.

importância de promover a saúde da mulher e da criança, isto é, vislumbra-se os benefícios da capacidade bio-reprodutiva das mulheres e o conseqüente aumento populacional como uma forma de possibilitar o desenvolvimento da nação mediante os processos industrialização e urbanização (Mott, 2002).

Contudo, cabe destacar qual tipo de promoção e sob quais condições à saúde das mulheres e crianças estavam sendo promovidas no país. Assim, autora Mott (2002), descreve que a dinâmica do cuidado obstétrico nas instituições hospitalares se dava geralmente de forma discriminada entre as classes sociais:

As maternidades e hospitais se programaram seus serviços para atender dois tipos de clientela: mulheres pobres e indigentes alojados em enfermarias específicas cujos os partos normais ou dificultosos do serviam muitas vezes para o estudo clínico de estudantes Medicina e parteiras; e mulheres de classes mais favorecidas, nos partos complicados que requeressem algum tipo de intervenção, feitos por médico e/ou parteiras particulares, com alojamento em quartel individual, roupas de cama limpa e trocada com regularidade, e até mesmo banheiros individuais. (Mott, 2002, p. 204)

Como salientado pela autora os partos normais e dificultosos das mulheres pobres, dentre elas mulheres negras sobreviventes no pós-abolição, serviam de estudo clínico para os estudantes de medicina. Nesse contexto, criou-se um cenário de suposta promoção da maternidade e infância, forjado por estratégias persuasivas da classe médica e da imprensa para atrair as mulheres para esses primeiros centros obstétricos. Assim, a partir do século XX, reverbera um discurso de convencimento das mulheres sobre hospitais e maternidades serem os lugares ideais para a realização do parto, em detrimento dos partos domiciliares, de domínio das parteiras (Mott, 2002 e Martins, 2004).

Segundo o estudo realizado por Amaral (2008, p. 937), a imprensa teve um papel fundamental na propagação das ciências médicas e na construção desse novo padrão de comportamento adotado pelas mulheres em busca por partos hospitalares. Nas palavras do autor: “Os meios para convencer as mulheres a procurarem a maternidade foram diversos, porém, a veiculação de matérias nos jornais e revistas foi o que obteve mais êxito, alcançando um número maior de pessoas”.

De acordo Osawa *et al.*, (2006, p.700), “é razoável supor que a ação da parteira comportasse riscos reais à mãe e ao bebê, mas estes não eram maiores do que os oferecidos pelos médicos”. Em contrapartida, a sociedade brasileira, ao se vangloriar-se com as transformações técnico-científicas, restringiu a atuação das parteiras tradicionais sob pretensa de maior uma competência científica dos médicos sobre parto (Nunes e Moura, 2004 e Menezes *et al.*, 2012).

O parto, enquanto um evento que segundo a autora Michelle Perrot (2007, p.74) “medicinizou-se, masculinizouse, hospitalizou-se” implica em um momento estranho e alienante da vida mulher, considerando a sua restrição generalizada dos aspectos relacionados à privacidade e à autonomia da mulher, mediante as regras das instituições hospitalares e no seu interior, as relações de poder criadas pelo discurso de autoridade do médico sob a paciente.

As tendências violentas apresentadas pela assistência ao parto foram sendo questionadas pelas parteiras e as poucas mulheres médicas obstetras engajadas com as discussões sobre o parto natural. Esse ativismo proporcionou as primeiras denúncias sobre os aspectos desumanizantes de dar à luz nos modernos hospitais ocidentais:

Nas primeiras páginas dos jornais, Wendy Savage, uma das poucas mulheres obstetras, defensora das parteiras e do parto natural, lutava contra os esforços de seus colegas homens para tomarem seu lugar. As mulheres começavam a ler os trabalhos de Sheila Kitzinger e do obstetra francês Michel Odent a favor do parto natural, e levantavam a voz contra os aspectos desumanizantes (sintetizados talvez na depilação compulsória e na mesa de parto com estribos) de dar à luz nos modernos hospitais ocidentais. (Forna, 1999, p. 99)

Na contemporaneidade, a iminência dessas práticas violentas na assistência ao parto das mulheres foi nomeada e caracterizada de violência obstétrica e racismo obstétrico pelos movimentos feministas e negros. Assim, discutiremos no próximo tópico deste trabalho, os conceitos de violência obstétrica e racismo obstétrico, com objetivo de refletir sobre suas causas, significados e relevância política para denunciar violências na assistência ao parto das mulheres na sociedade brasileira.

3.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E RACISMO OBSTÉTRICO NA SOCIEDADE BRASILEIRA

Segundo a Declaração da OMS, intitulada “Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos durante o Parto em Instituições de Saúde” publicado em 2014, no mundo inteiro muitas mulheres sofrem violências de todos os tipos durante o parto nas instituições de saúde:

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos. (OMS, 2014, p.1)

As violências perpetradas durante o parto resultam em uma experiência extremamente traumática na vida das mulheres e pessoas com útero, sendo comparada com à violência de um estupro. Segundo a especialista em Psiquiatria Infantil e Perinatal, a espanhola Ibone Olza, dada a complexidade dessa violência, “muitas mulheres que sofreram um parto traumático apresentam os mesmos sintomas das vítimas de estupro, por sentirem-se “forçadas” a consentir procedimentos “sem terem sido informadas dos riscos dos mesmos”¹¹.

Na sociedade brasileira, não existe lei de âmbito nacional que trate especificamente das violências institucionais sofridas pelas mulheres e pessoas com útero durante o acesso à assistência à gestação, parto, puerpério e abortamento. No entanto, há leis a nível estadual, tal como Lei nº 16.499/2018, que estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco, e nacionalmente, segue tramitando no Congresso Nacional, projetos de leis que visam tipificar e coibir as práticas de violência obstétrica, tais como o PL nº 2082/2022 e PL nº 422/2023.

O conceito de violência obstétrica tem sido amplamente discutido pelos movimentos sociais e agendas governamentais em diversas sociedades. A partir dessas discussões, considera-se que a violência obstétrica pode ser caracterizada pelas situações de violação de direitos sexuais e reprodutivos vivenciados pelas mulheres e pessoas com útero no acesso à assistência ao parto. Tomando como base o conceito sobre violência obstétrica adotado pela legislação venezuelana e argentina, e presente nas discussões dos movimentos feministas, caracteriza-se como violência obstétrica:

A apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, que se expressa pelo tratamento desumanizador, no abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (Venezuela, 2007, p. 8).

A violência obstétrica, enquanto uma violência institucional contra as mulheres e pessoas com útero tem suas raízes ideológicas no processo de sujeição feminina mantida pelas relações de saber poder masculina, estruturadas no complexo patriarcado-racismo-capitalismo (Saffioti, 1987 *apud* Decarli, 2018).

As hierarquias de gênero, raça, classe, sexualidades e entre outras hierarquias sociais perpassam a dinâmica do cuidado reprodutivo e autorizam a tentativa de apropriação dos corpos, patologizando os processos reprodutivos das mulheres e pessoas que gestam. Dessa forma, despersonificado esses sujeitos da experiência da parturição, retirando sua autonomia e

¹¹Entrevista realizada com a especialista Ibone Olza ao site EL País.

Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/24/actualidad/1503582688_802126.html

se aproveitando das vulnerabilidades do ciclo gravídico-puerperal para submeter os corpos ao controle médico-científico e institucional do sistema obstétrico (Ladeira e Borges, 2022).

A visão biomédica sobre parto e gestação enquanto processos patológicos têm influenciado no uso excessivo e generalizado de medicalização dos processos reprodutivos. É importante ressaltar que medicalização é uma prática que transcende a gestão das dores e desconfortos do corpo nas fases da gestação, parto e puerpério.

A “medicalização descreve um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (Conrad, 2007 *apud* Zorzaneli, Ortega e Júnior, 2014, p.1860). Como evidenciado nos processos históricos anteriores, “a medicalização do parto no Brasil se deu, inicialmente, por meio do atendimento a escravas, mães solteiras, prostitutas e mulheres pobres” (Palharini e Figueirôa, 2018, p. 1042).

Na contemporaneidade, os processos de medicalização social na assistência materna se caracterizam pelo uso abusivo e desnecessário de recursos medicalizantes no parto, refletindo uma tentativa de controle dos processos da parturição e disciplinamento do corpo feminino pelas instituições de saúde. Dessa forma, repercutindo em manobras e práticas de saúde reprodutiva que cerceiam as possibilidades das mulheres e pessoas com útero de experienciar o parto como um evento de grande potencial reflexivo sobre o significado da vida e os seus processos naturais.

Assim, corroborando para o que Leão MRC *et al.*, (2012) descrevem como o declínio cultural da capacidade enfrentamento autônomo das dores e desconfortos do trabalho de parto:

A medicalização do parto é um reflexo da medicalização social, descrita como um processo sociocultural complexo que transforma em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que antes eram administradas no próprio ambiente familiar ou comunitário. A medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio na capacidade de enfrentamento autônomo das dores e adoecimentos. Esta contribuiu para o declínio da capacidade da mulher em lidar com o fenômeno do parto, sua imprevisibilidade e as dores do trabalho de parto. (Leão MRC *et al.*, 2012, p. 2395).

Em outras perspectivas teóricas ressalta-se que “a medicalização é um processo heterogêneo, marcado por interesses múltiplos e de caráter irregular, existindo vários graus de medicalização em diferentes sociedades e momentos históricos.” Paralelamente, os processos de medicalização são constituídos por relações de poder e sedução entre médicos e pacientes, sendo caracterizados como “encontro entre consumidores e profissionais, onde o poder do médico se constitui e se mantém no âmbito de um desejo/intenção do paciente” (Nicida *et al.*, 2019, p. 4533 *apud* Conrad, 1992; Lupton, 1990).

Esses desejos e necessidades são construídos socialmente, marcando um processo de produção e reprodução das subjetividades dóceis, a medicalização da vida e de seus processos naturais. Dessa forma, corroborando com a gestão dos corpos das mulheres e pessoas com útero nas sociedades capitalistas, refletindo a capacidade imaginativa desse sistema em forjar maneiras cruéis de punir e dominar os corpos femininos (Saffioti, 1995 *apud* Silva, 2019, p.18).

Além desta expressão naturalizada, a violência obstétrica tem múltiplas expressões, conforme evidencia a cartilha “Humanização do Parto. Nasce o respeito”, desenvolvida pelo Ministério Público de Pernambuco, ela pode se manifestar em forma de abuso psicológico/moral, institucional, físico e sexual:

Impedir que a mulher tenha um acompanhante, exigir que este acompanhante seja uma mulher ou restringir os horários de acompanhamento. [...] Condicionar a presença do acompanhante à autorização do médico plantonista ou utilizar frases como "essa lei não vale aqui". [...] Não dar informações claras sobre o estado de saúde da mulher, realizar procedimentos sem explicar ou ouvir sua opinião. [...] Não oferecer opções para alívio da dor. Impedir que a mulher se movimente, beba água ou coma alimentos leves durante o trabalho de parto. [...] Deixar a mulher sozinha, isolada ou trancada. [...] Realizar exames de toque vaginal repetidas vezes, sob o pretexto de "ensinar os estudantes a realizar o toque". [...] Fazer piadas, dar broncas, xingar ou impedir que a mulher se expresse durante o trabalho de parto. [...] Frases como: "Na hora de fazer tava bom, porque tá chorando agora?"; "Cale a boca, você quer que a criança nasça surda?"

Além dessas expressões, se constitui como violência obstétrica, o abuso de procedimentos sem evidência científica, tais como uso rotineiro de episiotomia e manobra de kristeller, bem como a realização indevida da cesárea, isto é, sem justificativa clínica ou por interesse particular do médico obstetra.

Acerca da realização dessas práticas de violência obstétrica nos serviços públicos de saúde, a pesquisa elaborada por Leal *et al.*, (2014, p. 20), com os dados da Pesquisa Nascer no Brasil, realizada entre anos de 2011 e 2012, apresenta um diagnóstico preocupante da assistência ao parto na sociedade brasileira. As estatísticas revelam que a manobra de kristeller, episiotomia e litotomia nas mulheres, foram realizadas, em 37%, 56% e 92% das mulheres, respectivamente. A episiotomia¹² é um procedimento que conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), deve ser de uso profilático e devendo ficar restrita à sua realização nas instituições no máximo em 10% dos partos normais.

Na contramão das recomendações da OMS, a episiotomia vem sendo realizada de forma sistemática e rotineira na assistência ao parto das mulheres, conforme demonstra a pesquisa Nascer no Brasil. Essa prática é frequentemente justificada por razões médicas, como a

¹² Episiotomia consiste em realizar uma cisão na região do períneo criada para facilitar a fase expulsiva do parto vaginal.

prevenção de lacerações naturais no parto vaginal e a mitigação de possíveis riscos à saúde do bebê. No entanto, não existem estudos clínicos suficientes sobre a eficácia da episiotomia nos trabalhos de parto. Pelo contrário, os estudos existentes consideram que esse procedimento “aumenta a probabilidade de lacerações perineais, hemorragias, infecções, dores e incontinência urinária e fecal” (Leal, 2014, p. 22).

Essa realidade se torna ainda mais grave porque no caso das mulheres negras, a episiotomia é muitas vezes realizada sem anestesia local ou ainda sem autorização da parturiente, se constituindo uma forma de “violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e desrespeito aos princípios éticos profissionais” (Progianti, Araújo e Mouta, 2008, p. 46 e Leal *et al.*, 2017).

Estudos indicam que a realização da episiotomia, principalmente nessas circunstâncias traumatizantes, pode acarretar inúmeros traumas na saúde física, sexual, reprodutiva e psicológica das mulheres. Assim, devido ser considerado um procedimento problemático com efeitos negativos a curto e longo prazo na vida e saúde da mulher, “deve ser realizado com muita prudência ou substituído definitivamente” na assistência ao parto (Progianti, Araújo e Mouta, 2008, p. 48).

Atualmente, a manobra de kristeller, é uma prática não recomendada por entidades importantes como OMS e FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) (Gosch, Pereira e Mundoco, 2020). Contudo, é comumente praticada na assistência obstétrica, desencadeando sérios riscos à saúde da mãe e do feto. Essa técnica consiste em realizar “uma pressão no fundo uterino durante o período expulsivo com objetivo de encurtá-lo, contudo existe a suspeita que possa causar danos maternos e fetais, bem como lesões ao nível do útero e períneo” (Lima e Lopes, p. 5, 2019).

A vulnerabilidade do momento do parto corrobora para que as mulheres e pessoas com útero aceitem a manobra de kristeller e práticas de episiotomia, por acreditarem que estão fazendo o melhor e o mais adequado para sua saúde e do feto. Nesse processo, as mulheres também são “seduzidas” a realizar a cesárea.

De acordo com a OMS, o Brasil ocupa o segundo lugar na lista dos países que mais realizam cesáreas no mundo¹³. Segundo o Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos, 56,3% de todos os nascimentos ocorridos em 2019 no Brasil foram via cesárea, superando de forma

¹³ O Brasil tem o segundo maior número de cesáreas no mundo.

Disponível em :<https://jornal.usp.br/atualidades/brasil-tem-o-segundo-maior-numero-de-cesareas-no-mundo-apesar-dos-riscos/>

alarmante a estimativa de 10% a 15%, prevista pela OMS como percentual aceitável para o total de partos realizados em um país, cuja a recomendação é vigente desde 1985.

Essa realidade reflete que a cesariana está sendo realizada em grande parte dos casos sem justificativa clínica. Isso ocorre porque as mulheres são muitas vezes convencidas sobre a necessidade da cesárea, e/ou essa torna-se a sua principal escolha por medos e tabus do parto vaginal. Com base no estudo realizado pelos autores Nakano, Bonan e Teixeira (2016, p. 13) sobre a normalização da cesárea nas maternidades privadas, foi identificado que a sua utilização está associada a “um modo de nascer seguro, limpo, organizado e compatível com a vida moderna”. Nesse aspecto, a realização da cesárea sem justificativa clínica pode ser considerada como uma expressão de uma “violência consentida” ou “violência perfeita”, uma vez que reflete um processo de conformação sociocultural das mulheres a essa prática.

Conforme explica a filósofa Marilena Chauí, (1985, p. 35), entende-se por violência perfeita:

[...] a violência perfeita é aquela que obtém a interiorização da vontade e da ação alheias pela vontade e pela ação da parte dominada, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja percebida nem reconhecida, mas submersa numa heteronomia que não se percebe como tal. Em outros termos, a violência perfeita é aquela que resulta em alienação, identificação da vontade e da ação de alguém com a vontade e a ação contrária que a dominam.

Nesse contexto macro, as mulheres são induzidas a buscar a cesárea. Assim, contribuindo para que se tenha taxas altíssimas desse procedimento na assistência materna brasileira. Segundo a Declaração da OMS, essas taxas elevadas de cesárea não garantem, necessariamente, a redução da mortalidade materna e neonatal. Pelo contrário, enfatiza-se que a precariedade dos serviços de saúde em algumas localidades torna a realização desse procedimento uma grande exposição de risco para saúde da parturiente e bebê. Conforme menciona a entidade:

“à cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou sem a capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias” (OMS, 2023, p.1)

Em paralelo a esse cenário, a violência obstétrica opera de forma distinta nos corpos das mulheres e pessoas que gestam. Isso ocorre porque as posições ocupadas pelos indivíduos nas hierarquias reprodutivas, raciais, classes e sexualidades, restringe o acesso a direitos sexuais e reprodutivos de forma diferenciada e multifacetada.

Essa realidade foi demonstrada pela reportagem publicada em 2020 pelo jornal Carta

Capital¹⁴ que abordou o caso de Michele Monteiro, mulher negra que estava grávida de seu quinto filho aos 42 anos de idade. A matéria revela a negligência médica sofrida por ela na assistência ao parto no Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch, localizado na zona sul de São Paulo.

Em razão das intensas dores, Michele solicitou anestésicos para alívio das contrações do parto e ouviu a seguinte frase dos profissionais de saúde: “já vamos voltar com seu remedinho”, promessa que apenas se concretizou 22 horas depois do seu pedido, enquanto própria Michelle suplicava pelo o parto cesáreo. Contudo, a autorização chegou quando ela já estava em intenso sofrimento físico e emocional.

A autorização para a cesárea veio às 0h20. A todo momento, enquanto implorava pela cesárea e pela anestesia, Michele insistia que ela já havia ultrapassado o limite do seu corpo. Como resposta, ouvia frequentemente: “Mas como? Você teve quatro filhos, dois normais, dois fórceps. Por que você não tenta mais um? Você é forte, vai conseguir”.

Segundo a antropóloga estadunidense Dána-Ain Davis (2020, p. 754), o “racismo médico¹⁵ 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.”

Nessa perspectiva, o “racismo internalizado” dos profissionais da assistência obstétrica tem autorizado práticas negligentes no atendimento das dores das mulheres negras. Assim, o racismo age inferiorizando e infantilizando essas mulheres, desconsiderando a sua capacidade de percepção e avaliação da sua própria dor durante o processo de parturição. O contexto evidenciado por Michele de negação da cesárea diante do intenso sofrimento no parto, configura-se, como uma forma de violação dos direitos humanos, equiparando-se a práticas de tortura física e psíquica, reproduzidas pelas instituições de saúde.

Essas negligências e maus tratos na assistência ao parto das mulheres negras, têm sido denunciadas pelas feministas e intelectuais negras como expressões do racismo obstétrico. Assim, tornou-se paulatinamente frequente a presença desse conceito nas discussões sobre a violência obstétrica na sociedade brasileira.

A priori, a disseminação do conceito de racismo obstétrico se deve a problematização das mulheres negras nos espaços de militância acadêmica, organizações da sociedade civil e nas instâncias governamentais sobre o tema da violência obstétrica. Nessas discussões, as

¹⁴Caso de Michele Monteiro.

Disponível em <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/racismo-na-saude-nas-maternidades-do-brasil-a-dor-tambem-tem-cor/>

¹⁵ O termo "racismo médico" neste trabalho vai além da atuação dos médicos, abrangendo todos os profissionais que atuam na saúde obstétrica.

mulheres têm politizado casos emblemáticos e denunciando a realidade dos estudos e estatísticas, que mostram que mulheres negras são “protagonistas” dos piores indicadores de qualidade do pré-natal e drasticamente ocupam o ranking de óbitos maternos no país.

Diante disso, a violência obstétrica como resultado apenas da violência de gênero não expressa devidamente as manifestações ímpares da violência obstétrica em corpos femininos negros. Nesse sentido, a discussão sobre violência obstétrica na sociedade apresenta a “tendência dominante nas mentes patriarcais do Ocidente a mistificar a realidade da mulher, na medida em que insistem na tese de que o gênero é o único fator determinante de seu destino” (Hooks, 2019, p. 45).

Assim, mais que um recorte, a raça e classe são determinantes nas experiências de parto das mulheres negras. Negar essa realidade, é menosprezar as estatísticas e estudos sobre esse fenômeno que indicam que essa violência persegue sobretudo os corpos femininos negros e pobres. Apresentando nesses sujeitos nuances diferentes e agravadas de violência no parto.

Considerando que existem contornos distintos da violência obstétrica praticada em corpos femininos negros e brancos, “o racismo obstétrico é uma ferramenta de análise que captura melhor as particularidades do cuidado reprodutivo dispensado às mulheres negras durante os períodos pré e pós-natal” (Davis, Dána-Ain. 2020, p. 752).

Assim, o racismo obstétrico se torna um conceito fundamental para compreender e denunciar as nuances contemporâneas do racismo nas interações médicas das mulheres racializadas. Permitindo, revelar preconceitos étnico-raciais e de classe “ocultos” que têm perpetrado violações de direitos sexuais e reprodutivos para determinados grupos na sociedade (Davis, Dána-Ain. 2020).

No panorama de denúncias realizadas pelas feministas negras, veio a público pelo Portal G1¹⁶ o caso de Queli Santos Adorno, mulher negra de 35 anos de idade, que deu à luz no chão da recepção da Maternidade Municipal de Santa Cruz da Serra, em Duque de Caxias (RJ), em março de 2024 após a médica obstetra de plantão ter menosprezado indicativos de trabalho parto de Queli e a mesma se recusou a ir embora.

Ela foi muito grossa com a minha irmã, a tratou com deboche. Ela falou: “Você não deveria nem estar aqui, você deveria estar em casa, porque você está treinando”. Aí, minha irmã falou: ‘Essa aqui é minha quarta gestação, eu não estou treinando, essa criança vai nascer doutora, eu não posso ir pra casa’. E minha irmã se recusou a ir embora”.

¹⁶Notícia sobre Queli Santos Adorno

Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2024/03/27/gravida-em-trabalho-de-parto-procura-hospital-mas-nao-e-internada-e-da-a-luz-na-recepcao.ghtml>

Nessas circunstâncias desumanas e traumatizantes, “a mãe e o bebê foram amparados pela primeira médica, que tinha voltado do descanso. Mas ela estava sem as luvas e o equipamento necessário.” As mulheres negras e periféricas são constantemente desacreditadas sobre sua percepção sobre os processos do parto e abandonadas durante o atendimento médico, ficando muito mais à mercê de discursos autoritários e negligências institucionais no parto. Sendo imposta para elas um lugar de subalternidade e ninguentade¹⁷ no acesso aos seus direitos.

Nesse contexto, Thais Ferreira, mulher negra e vereadora do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), escreveu na coluna do jornal Diário do Rio em abril de 2024¹⁸, sobre os efeitos do racismo obstétrico nas mães e em bebês negros. “Por que se o Racismo obstétrico violenta a pessoa quem está parindo, ele violenta também os direitos do bebê negro que está nascendo”:

Como mulher preta, mãe, periférica e Vereadora presidindo a Comissão de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, me preocupo com o cuidado prestado pelas equipes de saúde na recepção dos bebês negros. **Porque se o Racismo Obstétrico violenta a pessoa negra quem está parindo, ele viola também os direitos do bebê negro que está nascendo.** Quais serão então os efeitos na Primeira Infância de uma criança negra atravessada pelo racismo no momento de seu nascimento? É socialmente aceitável ainda que os bebês negros sejam recebidos no mundo a partir de tamanha violência? (Grifos nossos).

A vereadora do PSOL se destaca nessa esteira de atuação das mulheres negras frente ao fenômeno do racismo obstétrico com o ativismo do Grupo de Trabalho de Combate ao Racismo Obstétrico. O grupo publicou em 2023 uma cartilha direcionada a essa temática, denominada “Pequeno Manual de Antirracismo Obstétrico”. O material elucida as expressões do racismo obstétrico e o “localiza na interseção entre violência obstétrica e racismo estrutural e institucional”.

O reconhecimento da violência obstétrica enquanto fenômeno interseccional tem sido fundamental para expressar as nuances do racismo obstétrico que afeta as mulheres negras e pobres no acesso às políticas públicas maternas. Essa construção representa um movimento teórico e ético-político das feministas negras de contraposição e resistência a esse discurso

¹⁷ O conceito de ninguentade é de autoria do antropólogo Darcy Ribeiro e foi criado para compreender a identidade do povo brasileiro.

¹⁸ Texto da vereadora Thais Ferreira na coluna do jornal Diário do Rio.

Disponível em: <https://diariodorio.com/thais-ferreira-se-o-racismo-obstetrico-violenta-a-pessoa-negra-que-esta-parindo-ele-viola-tambem-os-direitos-do-bebe-que-esta-nascendo/>

generalizante e universalizador da violência obstétrica que toma como base as experiências de mulheres brancas burguesas como regra e, não captura devidamente as manifestações que vitimizam as mulheres negras (Lima, 2022, p. 4).

Partindo desse pressuposto, o racismo obstétrico afeta mulheres-mães indígenas, quilombolas, ribeirinhas, entre outras existências que muitas vezes não ocupam a centralidade do debate da violência obstétrica e tampouco são as que ganham notoriedade pela mídia.

O retrato dessa realidade pode ser exemplificado pelo caso de Jacieli Pego Ramos Bolonese, de 31 anos, mulher indígena da etnia Tupiniquim e residente na aldeia Caieiras Velhas, em Aracruz, localizada no Norte do Espírito Santo. Em entrevista ao portal do G1¹⁹ em julho de 2020, ela relatou que em decorrência de um abortamento espontâneo agravado por testar positivo para Covid-19, sofreu inúmeras violências físicas e psicológicas durante o atendimento médico no Hospital São Camilo, no Espírito Santo. Dentre as violências, recebeu o feto do seu filho morto em uma garrafa de plástico para levar para casa, e nessa situação, não recebeu nenhuma orientação profissional para lidar com o feto morto.

“Fiquei o momento todo com o feto do meu lado. A gente se sente seguro no hospital. Achei que o procedimento fosse normal. Em momento nenhum pegaram o feto para nada”, relatou.”

“E o feto, o que eu faço? Ela respondeu “a única coisa que a gente pode fazer é te dar uma sacolinha pra senhora levar consigo’. Eu nunca tinha passado por essa situação. Eu estava nervosa, não é fácil o que eu estou vivendo. Depois disso, outra técnica me deu o papel para assinar. Perguntei de novo sobre o feto. Ela disse ‘a gente não tem sacola aqui’. Eu perguntei o que eu faria, ela disse que eu tinha que decidir o que fazer. Tentei colocar esse pote dentro da minha bolsinha de roupa, derramou formol dentro. Eu estava desorientada, sofrendo por causa dessa situação”, lembrou.”

“Eu sou uma índia Tupinikim. Não sabemos porque aconteceu o aborto, e queremos saber. Nós somos discriminados, sim, por ser indígenas. Eu me senti isolada dos meus direitos por ser mulher, indígena e ainda senti o preconceito por estar com a Covid. Me senti isolada dos meus direitos”.

Segundo Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, “o abortamento espontâneo envolve sensações de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo uma atenção técnica adequada, segura e humanizada” (Brasil, 2011,

¹⁹ Relato de Jacieli Pego Ramos Bolonese.

Disponível em: <https://g1.globo.com/es/espíritosanto/noticia/2020/07/07/indigena-com-covid-19-sofre-aborto-espontaneo-e-recebe-feto-em-recipiente-plastico-no-es.ghtm>

p.7). Entretanto, “as mulheres indígenas se veem inseridas no processo de vilipêndio e frequentemente não recebem a assistência adequada” (Corrêa e Torres, 2021, p. 9).

A falta de conhecimento e postura ética dos profissionais tem contribuído para uma visão preconceituosa e estereotipada sobre os costumes e valores dos povos originários. Essa situação tem corroborado para estigmatizar os sentimentos maternos das mulheres-mães indígenas e com isso, operacionalizando tratamentos desumanizantes e discriminatórios nas mulheres em processo de parto, pós-parto e abortamento, se deflagrando em práticas de violência obstétrica e racismo obstétrico.

Ademais, a discussão sobre violência obstétrica e racismo obstétrico perpassa as relações de poder das elites médicas brasileiras. Nesse contexto, o uso do conceito de violência obstétrica foi discutido pela Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) no Webinar realizado em 2022, intitulado: O Parto e as suas Consequências: Releitura da Violência Obstétrica²⁰. Na ocasião, a Febrasgo se posicionou a favor de uma assistência ao parto baseada em evidências científicas, mas repudia o uso do termo violência obstétrica pela sua conotação pejorativa e criminosa associada aos profissionais obstetras.

Segundo Lima (2019), a classe médica obstétrica internalizou o protagonismo do parto para si e leva em consideração que a expressão “obstetra” é algo restrito à atuação dos médicos, negligenciando outros trabalhadores da assistência obstétrica. Com isso, rejeitando o uso do termo por conceber que se trata de uma prática de estigmatização do trabalho desenvolvido por eles:

Observa-se que ao questionar o uso do termo “obstetra” para qualificar esse tipo de violência, o discurso médico entende que se refere à violência praticada estritamente pela/o profissional obstetra. A classe se identifica com o próprio ramo da obstetrícia, que não é uma área de atuação restrita à profissão médica, engloba também a enfermagem obstétrica. Conforme se evidenciou, é a perspectiva intervencionista que estrutura o argumento de parte da classe médica. Desse ponto de vista, outros sujeitos são desconsiderados da assistência, como doulas e parteiras (Lima, 2019, p.157)

Nesse viés, a legitimidade sobre o uso do termo da violência obstétrica é ainda uma pauta em grande disputa entre as classes médicas e movimentos feministas. Enquanto isso, pautar o racismo obstétrico em espaços de discussões sobre políticas públicas maternas é travar um embate ainda maior com a sociedade brasileira, haja vista os discursos persistentes que negam a escravidão e os efeitos do racismo estrutural na sociedade.

²⁰ Webinar: O Parto e as suas Consequências: Releitura da Violência Obstétrica.
Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=FJxPIXjQIRQ>

Todavia, os movimentos feministas e das mulheres negras têm desafiado essas forças políticas conservadoras, e travado lutas pelo direito de nomear as dores da violência praticada na assistência ao parto e com isso, combater as práticas de violência obstétrica e racismo obstétrico. Os desdobramentos sociais e políticos dessas discussões sobre violência no parto resultaram em importantes conquistas para os movimentos de humanização do parto e nascimento, aspectos que serão aprofundados no próximo tópico deste trabalho.

3.2 LUTAS PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO EM INTERFACE COM A POLÍTICA DE SAÚDE NEGRA

O modelo hegemônico de assistência ao parto na sociedade brasileira é de caráter altamente medicalizado, intervencionista e tecnocrático (Maia, 2010). O surgimento dos movimentos de humanização do parto e nascimento no Brasil foram desencadeados pela crítica a esse modelo hegemônico de parto hospitalar/medicalizado. De acordo com Floyd (1992) *apud* Tornquist (2002), essas críticas se configuram a partir de duas linhas de pensamento:

“uma é que o parto, ao contrário do que postula a versão medicalizada, não é um evento patológico, mas sim existencial e social, vinculado à sexualidade da mulher e à vida da família, e outro, de que o parto hospitalizado introduz uma série de recursos e procedimentos não-naturais (ou mesmo anti-naturais) que afastariam tanto a mulher quanto o bebê de sua suposta ‘natureza’, destituindo-os de seus direitos à vida e à boa saúde (Floyd, 1992 *apud* Tornquist, 2002)

Como uma forma de resgate dessa concepção de parto e gestação enquanto processos naturais e sócio-existenciais, os movimentos de humanização do parto e nascimento no Brasil surgiram na década de 1970, influenciados pelas práticas das parteiras tradicionais e terapias alternativas inspiradas nas medicinas indígenas e holísticas praticadas pelos defensores do parto natural, conforme explica a pesquisadora Simone Grilo Diniz (2005).

Nesse contexto, a autora destaca o pioneirismo das experiências de humanização do parto desenvolvidas pelo médico cearense Galba de Araújo; os paraenses Cláudio Paciornik e Moysés Paciornik, o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco, entre outros coletivos brasileiros:

Na década de 1970, surgem profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moysés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Na década de 1980, vários grupos oferecem assistência humanizada à gravidez e parto e propõem

mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco. (Diniz,C.S.G, 2005, p.631)

As teóricas dos movimentos de humanização do parto e nascimento propiciaram importantes discussões sobre os modelos de atenção ao parto. Segundo a autora Floyd (2001), existem três modelos de assistência obstétrica que coexistem paralelamente: tecnocrático, humanizado e holístico. O modelo tecnocrático é aquele estruturado no paradigma cartesiano de separação entre corpo-mente, isto é, o corpo torna-se o objeto central da intervenção médica sobre o parto e as dimensões psicossociais e espirituais desse evento são anuladas em virtude da compreensão do corpo feminino enquanto objeto defeituoso a ser consertado pelo saber dos médicos.

Como destacado pela autora, na sociedade patriarcal e androcêntrica o homem é o protótipo perfeito do funcionamento da mente e do corpo, em detrimento do corpo feminino visto como defeituoso:

Aparentemente igualitária, esta concepção, desenvolvida por uma sociedade patriarcal e androcêntrica, fez do homem o protótipo do correto funcionamento mente e corpo. O corpo feminino, visto como desvio daquele masculino, foi olhado com suspeitas e entendido como inerentemente defeituoso, imprevisível, necessitando da manipulação masculina para poder ser 'posto em ordem'. Segue que o parto, momento extremo e agudo de uma máquina caótica e não confiável, requer a intervenção hábil e rápida do profissional. (Floyd, 2001, p.1)

Conforme explica Floyd (2001, p.1), sob o prisma do modelo tecnocrático, o parto torna-se um processo industrializado ao assumir uma estrutura organizacional hierárquica e padronizada dos cuidados obstétricos. Conforme a metáfora realizada pela autora, “o parto no hospital se tornou uma fábrica, o corpo da mãe, uma máquina e o bebê o resultado de um processo de produção industrial”. Nesse sentido, o parto subjugado à lógica produtivista do capitalismo está situado em uma relação de dependência dos processos de parturição das mulheres a recursos medicalizantes e tecnológicos, cujo paradigma é fundamental para manter os interesses mercantis de lucratividade das indústrias farmacêuticas e empresas tecnológicas desse ramo.

A fim de conscientizar sobre esses processos e seus impactos na qualidade da assistência materna e neonatal, os coletivos e organizações de humanização do parto e nascimento tem pautado mudanças e reformas nesse modelo hegemônico de assistência ao parto e nascimento na sociedade brasileira.

Nesse âmbito, destaca-se a atuação proeminente da Rede Nacional Feminista de Saúde²¹ em diversas regiões brasileiras. A rede foi criada em 1991, sendo formada por organizações não-governamentais, coletivos feministas, pesquisadoras sobre os direitos sexuais e reprodutivos e profissionais da área de saúde. Sua atuação cumpre um papel fundamental na articulação das lutas das feministas, antirracistas e lgbtfóbicas no enfrentamento à violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, meninas e pessoas que gestam. Conforme elucidado, a rede visa uma ação política que contribua com:

Fortalecimento dos movimentos feminista e de mulheres no âmbito local, regional, nacional e internacional, em torno da saúde e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos; Reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos; **Reconhecimento da violência sexual, racial e doméstica como violações dos direitos humanos**; Defesa da implantação e da implementação de ações integrais de saúde da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde; Legalização do aborto, cuja realização é decisão que deve competir à mulher como direito (Rede Nacional Feminista de Saúde).

Os esforços dos movimentos de humanização e demais movimentos sociais na luta por direito à saúde da mulher, corroboram para construção de políticas, redes, programas, serviços e legislações nesse âmbito, dentre os principais, pode-se citar: a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (1993); Projeto Maternidade Segura e Programa de Planejamento Familiar, ambos em (1996); Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (2000); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (2004); Rede Cegonha (2011) e a Lei nº 11.108 que garante a gestantes o direito acompanhante (2005).

A fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) em 1993 é considerada um importante marco das conquistas dos movimentos de humanização no Brasil (Bourguignon e a Grisotti, 2016). A organização tem como objetivo divulgar boas práticas de assistência ao parto com base em evidências científicas, dentre elas, a diminuição de intervenções médicas desnecessárias a partir da compreensão de que a gestação e parto são eventos fisiológicos e naturais do corpo da mulher.

Inspirado nos ideais e valores do REHUNA, o Ministério da Saúde reconhece que o conceito de atenção humanizada é amplo, mas abrange sobretudo a busca pelo bem-estar físico e psicológico da parturiente e do bebê. O objetivo é evitar intervenções excessivas durante o parto, utilizando apenas aquelas que possuam comprovação científica e que contribuam para a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à

²¹ Apresentação da Rede Nacional Feminista de Saúde.
Disponível em: <https://www.redesaude.org.br/institucional/>

prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia. (Ministério da Saúde, 2001)

Nesse cenário de promoção de boas práticas na assistência ao parto, destaca-se que a presença da doula nos serviços obstétricos do SUS é de suma importância para oferecer o suporte físico e emocional às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Principalmente, diante das situações de violência obstétrica e racismo obstétrico enfrentados por elas durante o acesso à assistência às políticas públicas maternas. Sendo assim, um estímulo a mais para o desenvolvimento do protagonismo e autonomia das mulheres no momento do parto:

Ressaltamos também a relevante figura da doula, como personagem atual, viva e real do SUS que queremos, e que se origina da ancestralidade simbólica da companheira-irmã, detentora de cumplicidades e segurança construídas no afeto e na empatia de relações horizontais femininas, permeadas de conhecimento e cuidado (Ministério da Saúde, 2014).

Dito isso, para discutir a saúde materna das meninas e mulheres negras é necessário reconhecer o caráter intersetorial e transversal das políticas e serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, haja vista o reconhecimento das especificidades da integralidade da saúde desse grupo populacional.

Destaca-se nesse viés, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, pois as mulheres negras enfrentam discriminações raciais desde as primeiras consultas de pré-natal, se desdobrando no parto e pós parto. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), foi criado pelo Ministério da Saúde através da publicação da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000 e visa reestruturar os serviços de saúde materna e neonatal, para que se assegure o acesso e cobertura de qualidade dos serviços do pré-natal, parto e pós parto, articulados a uma perspectiva humanizada que contribua para a efetivação do direito a cidadania das mulheres:

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (Brasil, 2002)

O pré-natal é um serviço de acompanhamento das etapas do ciclo gravídico-puerperal das mulheres e pessoas que gestam, que visa um planejamento saudável da gestação e nascimento. Segundo o PHPN, uma assistência humanizada no parto, requer:

“Requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher (...) adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora

tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos”.

Dessa forma, para cumprir os objetivos e ideais do PHPN é necessário estabelecer as relações de equidade entre as mulheres negras e brancas, visando a igualdade racial no acesso à saúde. Os movimentos negros em processo de resistência lutaram para construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), criada em 2009, marcando o momento histórico importante de disputa pelo reconhecimento do Estado sobre as barreiras criadas pelas desigualdades raciais e econômicas no acesso ao direito à saúde:

Essa Política tem como marca: o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Sendo seu objetivo: promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

Tomando como base essa prerrogativa da PNSIPN, o racismo é um dos determinantes sociais da saúde das mulheres negras que afetam diretamente a qualidade do atendimento prestado a essa população. Conforme demonstra o estudo desenvolvido por Domingues *et al.*, (2013), acerca das percepções das mulheres negras e pobres em relação atendimento dedicado a elas no acesso aos serviços de saúde reprodutiva:

A gente repara que quando entra na sala uma pessoa mais clarinha, eles [os profissionais de saúde demoram mais no atendimento. Quando entra uma negra, rapidinho sai. O atendimento lá dentro eles já não examinam a pessoa toda, entendeu? Por isso tem essa diferença. (E05, preta)

Hoje em dia a discriminação existe, né? A diferença é que umas pessoas escurinhas chegam ao posto para marcar consultas, não todos, mas alguns profissionais tratam até mal, sabe? [...] Agora quando é uma pessoa clarinha, meio branquinha, eles já tratam bem, de outro jeito, de outra maneira, muito melhor do que aquelas pessoas escurinhas (E07, parda).

Não acho que a diferença é só pela cor. Eu acho que é pela condição financeira também. Quando é uma mulher branca, mais instruída, bem melhor vestida, dá mais atenção pra ela, às vezes senta, às vezes conversa... ela chama mais atenção do que eu (E02, preta)

Como refletido nessas experiências, quanto mais retinta for a cor pele e mais pobre usuária serviços de saúde, menos escuta humanizada no trato das demandas dessas mulheres e mais discriminações raciais e de classe. Ocasionalmente barreiras desestimulantes no acesso às políticas de saúde materna e conseqüentemente na baixa adesão das mulheres ao acompanhamento pré-natal. Logo, corroendo os princípios de atenção humanizada e integralidade da saúde das mulheres negras promovidos pelo PNSIPN em interface com o SUS, quadro que se desdobra em iniquidades raciais na saúde das mulheres negras. Assim, entende-se por iniquidades em saúde:

“Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (Whitehead, 1992)

As iniquidades raciais em saúde são produzidas pelo imaginário racista dos profissionais e instituições de saúde em não conceber as populações negras e periféricas como sujeitos de direitos e como “seres humanos” dignos de atenção e cuidado humanizado. Além disso, a deturpação dos ideais de humanização em saúde também é potencializada pelas dificuldades impostas com a precarização dos serviços públicos de saúde no Brasil. Segundo Hecker *et al.*, (2009), a humanização em saúde compreende não apenas uma escuta sensível e atitude ética-humanitária com os usuários, mas também perpassa a valorização dos trabalhadores e as melhorias nas estruturas físicas dos serviços de saúde:

[...] compreende a humanização como vínculo entre profissionais e usuários, efetuado a partir de ações pautadas na compreensão e valorização dos sujeitos. Nesse eixo podemos, ainda, abarcar os sentidos que compreendem a humanização como atitude ética e humanitária, que se constitui a partir de uma escuta sensível e compreensiva e uma ação ética. [...] Num segundo eixo, a humanização é associada à qualidade do cuidado, que incluiria a valorização dos trabalhadores, e ao reconhecimento dos direitos dos usuários. Nesse eixo, as ações de humanização dizem respeito: às melhorias na estrutura física dos serviços de saúde; à presença do acompanhante nas consultas e internações, à capacidade/formação dos profissionais da saúde; às ações pontuais dirigidas aos trabalhadores, tais como atividades comemorativas; à contratação de maior número de profissionais, entre outras. (Hecker *et al.*, 2009, p. 4)

Nesse cenário, a precariedade dos serviços do SUS é resultado de um movimento de contrarreforma do Estado estabelecido com a hegemonia das forças políticas neoliberais no Brasil, que tem investido em projeto político desfinanciamento das políticas públicas de saúde, quadro que tem seus rebatimentos na PNSIPN. Nesse processo, os serviços do SUS são alvo de constantes desmontes orçamentários que reverberam em tentativas de privatização do direito à saúde. Além disso, existem outras mazelas sociais que são gestadas nessa atual conjuntura política e econômica brasileira como a “redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da educação” (Bravo, 2001, p.14).

Diante dessas manobras do capital é de suma importância o reavivamento dos valores da reforma sanitária e o fortalecimento da classe trabalhadora para tensionar as estruturas que perpetuam a inflexão do papel do Estado. Sob essa ótica, visando resistir a esses processos e combater de forma estratégica a cultura do racismo institucional que penetram o Estado e as instituições de saúde, a PNSIPN propõe processos de formação e educação permanente dos profissionais de saúde, que forneça subsídios para a identificação, prevenção e combate do racismo institucional no SUS:

Desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial. (Brasil, 2013)

As ações de educação permanente em saúde têm como intuito esclarecer sobre existência e objetivos da PNSIPN para profissionais e gestores, objetivando desenvolvimento de condutas e processos de trabalho antirracistas em saúde. Contudo, o descaso, a baixa adesão dos municípios, a falta de compromisso ético e o racismo institucional presente nas diversas esferas de gestão dessa política, são ainda grandes empecilhos para sua efetivação. Conforme aponta o Relatório Técnico nº 02/2023 sobre a Saúde da População Negra:

É mais fácil colocar a Política de Saúde da População Negra em prática quando há um entendimento do racismo estrutural e seus impactos por parte dos gestores, visto que na maioria das vezes a tomada de decisão é feita por gestores brancos, que não experienciam os efeitos do racismo.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 2006, já celebra quinze anos de existência, porém, até hoje, foi implementada por apenas 193 municípios brasileiros, o que representa 3% do total.

Com essas dificuldades que perpassam a PNSIPN, as experiências das mulheres pretas e pardas vivenciadas com o racismo, são muitas vezes, asfixiadas institucionalmente e socialmente. Resultando em um processo de subnotificação dos casos de racismo e racismo obstétrico, ou seja, sendo reprimidas pelos obstáculos institucionais, silenciadas pela falta de informações sobre os direitos garantidos pelas políticas e programas da saúde da mulher em interface com PNSIPN e seguindo as reflexões de Carneiro (2011), também pelos danos emocionais causados pelo racismo, sexismo e pobreza sobre a vida dessa população:

(...) a conjugação do racismo com o sexismo produz sobre as mulheres negras uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida, que se manifestam em sequelas emocionais com danos à saúde mental e rebaixamento da autoestima; em uma expectativa de vida menor, em cinco anos, em relação à das mulheres brancas, em um menor índice de casamentos; e sobretudo no confinamento nas ocupações de menor prestígio e remuneração (Carneiro, 2011, p.127-128).

Visando mitigar essa realidade de asfixia sócio-existencial e silenciamentos produzidos pelo racismo institucional e estrutural nas políticas públicas de saúde materna, nota-se avanços no âmbito legislativo do Estado do Rio de Janeiro com a iniciativa proposta pela PL nº 2163/2023 de autoria da vereadora Thais Ferreira. Esse projeto de lei visa desenvolver ações de conscientização dos trabalhadores da saúde sobre as práticas racistas na assistência obstétrica do SUS e fornecer informações sobre os meios para a realização de denúncias dos crimes de racismo e injúria racial no ambiente obstétrico. Para isso, prevê no artigo 2º a criação

da “Campanha Permanente de Conscientização sobre o Combate ao Racismo no Ambiente Obstétrico”.

Art. 2º A Campanha Permanente de Conscientização sobre o Combate ao Racismo no Ambiente Obstétrico terá os seguintes objetivos:

I - Trazer ao conhecimento do maior número de pessoas as práticas racistas cometidas contra as pessoas negras no ambiente obstétrico;

II - Conscientizar profissionais e trabalhadores da saúde sobre como o racismo opera no ambiente obstétrico e suas formas de zelar pelo combate ao mesmo;

III - conscientizar as pessoas negras sobre como o racismo opera no ambiente obstétrico, os meios de denúncia e as formas de acessar seus direitos, caso sejam vítimas de racismo durante o ciclo gravídico-puerperal; e

IV - Informar acerca das penalidades que podem ser aplicadas a quem cometer os crimes de racismo e injúria racial.

Nesse eixo, é fundamental que as ações de educação permanente em saúde voltadas para os profissionais de saúde obstétrica perpassem conteúdos críticos que englobam o ensino dos direitos humanos, a diversidade de gênero e raça/etnia e tantos outros temas relevantes para a construção de uma postura ética e profissional humanizada na assistência ao parto. Permitindo, dentre outros aspectos, “desnaturalizar a concepção de que os profissionais de saúde têm o direito de acessar livremente o corpo das mulheres, sem seu consentimento informado” (Diniz CSG, 2016, p.256).

No que tange a necessidade de construir práticas profissionais antirracistas e humanizadas na saúde, o Ministério da Saúde em fevereiro de 2017 instituiu a Portaria nº 344, que torna obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor pelos profissionais de saúde. Como evidenciado no artigo 1 da Portaria nº 344:

Art. 1º A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena.

Conforme Silveira, *et al.*, (2021), a invisibilidade da autodeclaração étnico-racial na saúde brasileira é um problema que dificulta o reconhecimento do processo saúde-doença, ou seja, ocultam as vulnerabilidades e riscos sociais, culturais, psicossociais, econômicos e ambientais que expõem os indivíduos e grupos racializados durante suas trajetórias de vida a adoecimentos físicos e mentais (Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo, 2017). Sendo imprescindível, portanto, a “desagregação racial das informações epidemiológicas” para que

seja possível analisar as iniquidades em saúde segundo as diferenças étnico-raciais da população (Silveira, *et al.* 2021, p.2).

Embora, seja inadmissível que os campos de raça/cor sejam ignorados pelos profissionais, visto a sua relevância para mapear os perfis epidemiológicos da saúde da população negra e povos indígenas, também é preocupante as dificuldades apresentadas por essa população em se reconhecer e se autodeclarar racialmente nos serviços de saúde brasileiro. Isso porque conforme a autora Neusa Santos Souza (1983), saber-se negro e negra na sociedade brasileira envolve um complexo de sentimentos conflitantes difíceis de se defrontar:

Saber-se negra é viver a experiência de ter sido massacrada em sua identidade, confundida em suas perspectivas, submetida a exigências, compelida a expectativas alienadas. Mas é também, e sobretudo, a experiência de comprometer-se a resgatar sua história e recriar-se em suas potencialidades (p. 18).

Assim, independente da mulher negra se reconhecer ou não enquanto negra, ela continua sendo um corpo oprimido pelo racismo, capitalismo e patriarcado. Essas estruturas econômicas, ideo-políticas e culturais seguem funcionando a todo vapor e de forma autônoma produzindo inúmeras desigualdades e violências contra suas existências. Diante disso, é fundamental nomearmos as dores das mulheres negras na assistência ao parto, para que instituições e profissionais de saúde alinhem seus discursos e práticas para não naturalizar o racismo médico na assistência obstétrica das mulheres negras.

Nessa perspectiva, visando capturar as características do racismo obstétrico nos debruçaremos no próximo capítulo sobre os achados bibliográficos deste trabalho.

4. RESULTADOS DA PESQUISA: MANIFESTAÇÕES DO RACISMO OBSTÉTRICO

Segundo os autores Lima e Mioto (2007), pesquisar envolve um processo de sucessivas aproximações com a realidade na tentativa de extrair os significados dos fenômenos sociais. Assim, na tentativa de nos aproximarmos das manifestações do racismo obstétrico, exploramos um universo de materiais científicos publicados entre o período de 2017-2024 sobre a temática do racismo obstétrico.

Nessa investigação, nos defrontamos com uma bibliografia rica e diversa sobre o tema, incluindo artigos, monografias e dissertações que discutem o racismo obstétrico e violência obstétrica em mulheres negras. No entanto, escolhemos analisar materiais em formato de artigos científicos e os demais formatos foram excluídos, em virtude da necessidade de reunir materiais mais objetivos sobre a temática devido ao tempo requerido para elaboração deste trabalho.

Nesse universo de artigos científicos publicados sobre o tema, foram selecionados apenas aqueles que obedeciam ao recorte temporal e os filtros desta pesquisa. O nosso ponto de partida para o recorte foi a publicação da Portaria nº 344 de 1º de fevereiro de 2017, que tornou obrigatório a coleta e preenchimento do quesito raça/cor nos prontuários de saúde. A busca pela desagregação das diferenças étnico-raciais dos usuários da política de saúde brasileira, é uma importante estratégia antirracista para mapear os perfis epidemiológicos dos grupos racializados e subsidiar melhorias dos serviços do SUS, incluindo aqueles destinados à saúde sexual e reprodutiva.

Referente aos filtros para escolha dos artigos científicos foram utilizados dois critérios: 1) artigos que evidenciam a violência obstétrica em mulheres negras a partir do conceito de racismo obstétrico e 2) artigos que por meio de entrevistas e relatos capturaram as experiências de violência obstétrica em mulheres negras e a suas percepções sobre as discriminações raciais e de classe no ambiente obstétrico do SUS. Esses dois critérios cumprem o papel de analisar de forma bibliográfica e qualitativa o racismo obstétrico em interface com as histórias e vivências das mulheres negras com as práticas discriminatórias na assistência ao parto do SUS.

Obedecendo esses protocolos durante a coleta dos materiais, foram identificados um total de 6 artigos, sendo 1 (um) que discutia o conceito de racismo obstétrico de forma central e 5 (cinco) buscavam compreender o racismo obstétrico a partir das vivências de violência obstétrica em mulheres negras. Foram utilizadas como fonte de pesquisa as literaturas disponíveis nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*; *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*; *InSURgência: Revista de Direitos e Movimentos Sociais*; *Revista Ciência & Saúde Coletiva*.

Dito isso, destacamos a seguir, os fichamentos bibliográficos dos artigos científicos selecionados para nortear a análise sobre as manifestações do racismo obstétrico em mulheres negras usuárias dos serviços públicos de saúde

Tabela 1: Fichamento dos achados bibliográficos

Título: Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras.

Autor: Lima, D.K; Pimentel, C; Lyra, M.T.

Ano: 2019

Resultados: Este estudo tem uma abordagem qualitativa e se dedicou a compreender a relação entre violência obstétrica e racismo institucional, através das vivências das mulheres negras na assistência ao parto no Município de Olinda/PE. O artigo demonstrou as vulnerabilidades raciais das mulheres negras na prática de episiotomia, manobra de kristeller, cesárea por conveniência médica, e peregrinação no momento do parto. “As narrativas discorrem sobre os temas da violência obstétrica e do racismo institucional. A intersecção de eixos de opressão, como raça, classe e gênero, são determinantes nas intervenções e práticas abusivas na atenção que envolve o parto. Conclui-se que o racismo estrutural dificulta e nega o acesso das mulheres negras aos seus direitos reprodutivos.” (Lima, Pimentel e Lyra, 2019, p.4909)

Fonte: SciELO

Título: O escuro das cores, na pele afrodescendente, herdeira das dores: dimensões do racismo no contexto de assistência ao parto

Autor: Lima, K.D.Lewis, L.Lyra, T. M.

Ano: 2021

Resultados: Este estudo discutiu as vivências de violência obstétrica em mulheres negras na assistência ao parto no Município de Olinda-PE. Sendo os resultados da pesquisa condensados em torno de três temas: i) Discriminação contra a estética negra; ii) O mito da incomum capacidade para resistir a dor; e iii) A rotina hospitalar e o racismo religioso. Os autores evidenciam o conceito de racismo obstétrico em interlocução com o artigo da antropóloga negra estadunidense Dána-Ain Davis (2018) intitulado “Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor and, Birthing”, para se debruçar sobre o aspecto de mito incomum da capacidade de resistir à dor das mulheres negras.

Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)

Título: A percepção da violência Obstétrica por Mulheres negras em uma USF em Salvador (BA) e os impactos observados.

Autor: Silva, T. V. S., Aquino, T. R. de., & Travassos, A. G. A.

Ano: 2022

Resultados: Este estudo apresenta uma abordagem quanti-qualitativa e foi realizado através de entrevistas semiestruturadas com 20 usuárias de uma USF em Salvador (BA), sendo 17 (85%) negras e 03 (15%) não negras, todas elas cisgênero e heterossexuais. Discorrendo nos seus resultados sobre: 1) As faces da violência obstétrica (peregrinação, violências verbais e físicas, banalização da dor, negação do direito ao acompanhante e redução da oferta do cuidado); 2) Entre a prática e a percepção: reconhecendo o racismo obstétrico; e 3) Os impactos da violência obstétrica.

Fonte: Práticas e Cuidado: Revista Ciência & Saúde Coletiva

Título: Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: O que vimos na Pandemia?

Autor: Góes, E. F; Ferreira, A.J.F. Ramos, D.

Ano: 2022

Resultados: O estudo tem uma abordagem transversal e foi desenvolvido com os dados das notificações de COVID-19, entre gestantes e puérperas registradas na base de dados da Síndrome Respiratória Aguda Grave (2021 e 2022). Os resultados deste estudo, apontam como o racismo afeta as gestantes e puérperas pretas e pardas, que apresentam maior letalidade por COVID-19, comparada às brancas (diferença que alcança os 14,02%), em particular no puerpério. Explicam que, “o racismo obstétrico que ocorre durante a gravidez, pré-natal, parto, aborto e puerpério atinge estas mulheres expondo-as à desfechos maternos negativos e muitas vezes letais.” (Góes, Ferreira e Ramos, 2022, p.2501)

Fonte: SciELO

Título: Racismo Obstétrico, um debate em construção no Brasil: Percepções de mulheres negras sobre a Violência Obstétrica.

Autor: Santana, A.T., Couto, T. M. Lima, K.T.R.S, Oliveira, P. S., Bomfim, A. N. A, Almeida, L. C. G.

Ano: 2024

Resultados: Este estudo tem uma abordagem qualitativa e viés descritivo-exploratório e foi desenvolvido em parceria com uma maternidade pública do distrito da Liberdade, na cidade de Salvador, Bahia. Sendo uma pesquisa composta por 25 mulheres na faixa etária entre 16 e 34 anos, sendo que 100% delas declararam-se da raça/cor negra. Os dados foram coletados no período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022. Apresenta uma discussão focada na percepção das mulheres negras sobre a violência obstétrica na perspectiva da interseccionalidade de raça, gênero e classe social; e percepção de mulheres negras sobre os sentimentos gerados pela vivência da violência obstétrica. Ressalta que, “o racismo obstétrico nega os direitos reprodutivos e dificulta o acesso a uma assistência respeitosa e equânime às mulheres negras.” (Santana *et al*, 2024, p.01)

Fonte: SciELO

Título: Matripotência Afro-Latino-Americana na encruzilhada: Da Violência Obstétrica ao Racismo Obstétrico.

Autor: Costa, S.D.C; Pereira, L.

Ano: 2024

Resultados: Esta pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa e bibliográfica, sendo desenvolvida partir do referencial teórico feminista, amefricano, interseccional e fronteiriço. Os autores defendem que as experiências das mulheres negras com a violência obstétrica precisam ser ressignificadas e nomeadas de racismo obstétrico. Visando compreender e denunciar essa violência, “concluiu-se, por uma perspectiva afrodiaspórica, que o conceito de matripotência permite enfrentar a violência e o racismo obstétrico em suas plenitudes, para alcançar uma justiça feminista e antirracista.” (Costa e Pereira, 2024, p.02)

Fonte: InSURgência: Revista de Direitos e Movimentos Sociais

Fonte: Autora

Conforme evidenciado pelas discussões contidas nas fichas bibliográficas, as contribuições da interseccionalidade é imprescindível para revelar as nuances do fenômeno do racismo obstétrico.

De acordo com Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge (2020), a interseccionalidade é uma ferramenta analítica que permite examinar de forma dinâmica as relações sociais de gênero,

raça, classe e demais diferenças sociais entre os grupos. Desse modo, iremos analisar as literaturas selecionadas a partir do viés teórico-analítico interseccional, na tentativa de capturar como esses eixos discriminatórios atuam de forma imbricada nas experiências reprodutivas das mulheres negras, caracterizando e reproduzindo o fenômeno do racismo obstétrico na contemporaneidade.

Além disso, apresentaremos os achados bibliográficos por meio das conexões que identificamos entre eles e organizados em seções distintas mencionadas a seguir.

Assim, a primeira seção foi nomeada “Da Violência Obstétrica ao Racismo Obstétrico”. Dessa forma, discutiremos inicialmente a importância do conceito do racismo obstétrico partir do artigo desenvolvido pelos autores Costa e Pereira (2024), com o título de “Matrípôtência afro-latino-americana na encruzilhada: da Violência Obstétrica ao Racismo Obstétrico”.

Na segunda seção, intitulada de “Caracterizações do Racismo Obstétrico no SUS”, refletiremos sobre as expressões do racismo obstétrico a partir de 4 artigos. Sendo eles, o artigo “Disparidades raciais: uma análise da Violência Obstétrica em mulheres negras” dos autores, Lima, Pimentel e Lyra (2019), “A percepção da Violência Obstétrica por mulheres negras em uma USF em Salvador (BA)”, dos autores Silva, Aquino e Travassos (2022), e estabelecemos conexões entre esse estudo junto ao artigo “Racismo Obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras sobre a Violência Obstétrica” dos autores Santana *et al.*, (2024). Para finalizarmos essa seção, evidenciamos as contribuições do artigo “Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia?” dos autores Góes, Ferreira e Ramos (2022).

Por fim, concluímos os nossos achados da pesquisa com a seção “Percepções das mulheres negras com as discriminações raciais e classe no ambiente obstétrico do SUS”. No qual nos debruçaremos a partir dos seguintes trabalhos: o artigo “O escuro das cores, na pele afrodescendente, herdeira das dores”: dimensões do racismo no contexto de assistência ao parto”, dos autores Lima, Lewis e Lyra (2021). Além disso, revisitamos as contribuições dos autores Silva, Aquino e Travassos (2022) e Santana *et al.*, (2024), sobre as percepções das mulheres negras com as discriminações raciais e de classe.

4.1 DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA AO RACISMO OBSTÉTRICO

Os autores Costa e Pereira (2024), discutem a violência obstétrica em mulheres negras a partir de uma perspectiva afrocentrada ao invocar o conceito de matrípôtência, proveniente

da cosmologia e cultura Yorubá. Conforme explicam os autores, o conceito de matripotência se refere-se à existência da divindade materna “Íyá Nlá” ou “Grande Mãe”, cujo o papel é de cuidar e guiar os aspectos femininos relacionados à menstruação, gravidez e parto. Nesse contexto, visando a construção de conhecimento contra-hegemônico sobre a violência obstétrica, os autores se utilizam do conceito de racismo obstétrico para ressignificar a violência obstétrica sofrida pelas mulheres-mães negras.

Segundo Asante (2016, p.3), “afrocentricidade também se anuncia como uma forma de ideologia antirracista, antiburguesa e antissexista que é nova, inovadora, desafiadora e capaz de criar formas excitantes de adquirir conhecimento”.

Partindo desse posicionamento teórico e político, os autores evidenciam que as mulheres negras ao serem inscritas na zona do “não ser” e tendo suas humanidades desconsideradas pelo pensamento ocidental, tiveram suas vidas e experiências de matripotência historicamente violentadas por uma estrutura conflitante que nega o seu direito de existir. Esse discurso estruturou o colonialismo e o desenvolvimento da ciência obstétrica, e na contemporaneidade segue influenciando nas interações médicas das mulheres-mães negras com os profissionais de saúde.

Os autores Costa e Pereira (2024), identificam que o racismo obstétrico é uma forma agudizada de violência obstétrica na assistência ao parto das mulheres negras. Em virtude disso, argumentam que o conceito de violência obstétrica não abarca devidamente as experiências complexas das mulheres negras com o racismo médico e institucional, presente no cotidiano da assistência obstétrica.

Nesse revés, a autora Vilma Piedade (2019, p.17), explica que os conceitos não são fixos e imutáveis. Eles exigem reflexão e diálogo, e estão sempre em processo de significação e ressignificação diante das transformações sociais:

Diante dessa aparente facilidade, sou tentada a pensar que todo conceito carrega um mundo de significados e significantes... não é estático... pressupõe... reflexão, discursos... significar... ressignificar... multiplicidade... transformação... Isso, tudo junto, parece funcionar como norteadores da questão conceitual. Logo, o conceito não é algo acabado, pronto, imutável e descolado do seu tempo, é circular
Um conceito nunca está pronto, definitivo e imutável. O movimento é a sua marca. Movimento histórico, ideológico. Movimento. Multiplicidade. Crítica. Conceitos são circulares e, até para eles, como se diz, a fila anda – surgem significados inesperados, aparecem outros discursos, despontam novas reflexões.

Assim, o conceito de violência obstétrica também está aberto a novas interpretações, à medida que novas questões e discussões emergem e são politizadas nesse debate. Nesse sentido, em interlocução teórica com a autora Vilma Piedade (2019), as mulheres têm as dores

das discriminações de gênero na assistência ao parto agravadas com as sobreposições das dores das discriminações raciais/étnicas e de classes sociais.

Dessa forma, os cenários estatísticos generalizados de violência obstétrica em mulheres negras, se traduzem no fenômeno do racismo obstétrico e implicam também em uma construção teórico-conceitual e ético-político das feministas negras engajadas na discussão de violência obstétrica. Neste aspecto, surge a necessidade de “sair a Sororidade²² e entrar a Dororidade” para dar voz às dores silenciadas e descredibilizadas pelo racismo e desigualdades sociais na assistência obstétrica.

Quando eu argumentei que Dororidade carrega, no seu significado, a Dor provocada em todas as Mulheres pelo Machismo, destaquei que quando se trata de Nós, Mulheres Pretas, têm um agravo nessa Dor, agravo provocado pelo Racismo. Racismo que vem da criação Branca para manutenção de Poder... E o Machismo é Racista. Aí entra a Raça. E entra Gênero. Entra Classe. Sai a Sororidade e entra a Dororidade (Piedade, 2019, p.44).

A violência obstétrica atravessa as vidas das mulheres e das pessoas que gestam de forma violenta, e nesse sentido, “não há dor maior ou menor”, toda violência tem seus danos físicos, psicológicos e morais. Entretanto, é necessário reconhecer que as dores das mulheres negras com a violência do parto têm nuances diferentes da violência praticada contra mulheres brancas, tendo em vista que o racismo e estigma da pobreza são catalisadores de violências na assistência obstétrica (Piedade, 2019, p.18).

Retomando o diálogo com os autores Costa e Pereira (2024, p.26), “o racismo obstétrico representa, assim, uma violência cometida no curso da assistência obstétrica que reproduz os determinismos biológicos ligados a gênero, raça e classe social, normalizados pelo racismo”.

Nesse viés, as dores enfrentadas pelas mulheres negras com o racismo obstétrico estão associadas as falsas crenças de corpos femininos negros como biologicamente superfortes e ideais para o parto vaginal, por possuir “quadris mais largos”. Essas premissas biologizantes se fundem a estereótipos racistas, dentre eles, o da mãe-preta (Gonzalez, 1984).

A figura da “mãe preta” representa o esperado da mulher negra pela sociedade branca e classe média: resignação, passividade diante das situações de violência e opressão” (Cardoso, 2014, p 976). Essa ideia estereotipada da mulher negra, cria no contexto da assistência ao parto determinismos raciais e de classe que impõe a condição de “mulher guerreira”. Aquela mulher que aguenta de forma sobre-humana todo sofrimento causado pelo racismo, pobreza e violências em uma sociedade racista e desigual, e que, portanto, têm capacidades excepcionais de suportar desconfortos e dores do parto.

²² O conceito de sororidade se refere à solidariedade política entre as mulheres.

Esse estereótipo dificulta, por exemplo, o acesso à cesárea pelas mulheres negras. Nesta perspectiva, a desumanização criada pelos estereótipos racistas e classistas têm repercutido na suposição de que gestantes negras não precisam de recursos como a cesariana, quando existe uma justificativa clínica para o procedimento ou de analgesia por serem consideradas “boas parideiras”.

Diante disso, é necessário enfatizar que na sociedade brasileira o percentual de realização de cesáreas é altíssimo. Essa conjuntura estatística revela que esse procedimento tem sido realizado na assistência ao parto sem justificativa clínica, expondo mulheres a riscos desnecessários e favorecendo interesses mercadológicos acerca da sua popularização no Brasil e no mundo. No entanto, o racismo obstétrico tem nuances complexas e contraditórias, e nesse aspecto, a cesárea pode salvar vidas das mulheres negras de desfechos negativos em decorrência de gestações de alto risco, negligenciadas pelos determinismos biológicos de gênero, raça e classe durante o acompanhamento do pré-natal.

Sob essa ótica, o racismo obstétrico vulnerabiliza gestantes negras a uma dupla objetificação dos seus corpos na assistência obstétrica. Uma, ao expor essas gestantes a sofrimentos desnecessários, negando e dificultando o acesso a cesárea em condições clínicas legítimas para sua realização e outra ao impor contra a sua escolha e sem justificativa clínica a cesárea para essas mulheres. As interações médicas abusivas em torno da imposição da cesárea nas mulheres negras serão melhor evidenciadas na próxima seção deste trabalho, no qual debruçaremos sobre as suas vivências na rotina do parto hospitalar.

Assim, as expectativas racistas acerca da força da mulher negra, precisam ser desconstruídas, para que elas tenham acesso com equidade aos serviços e recursos obstétricos no SUS. Dessa forma, criando oportunidades para vivenciarem experiências de partos hospitalares considerados humanizados, pois “as mães pretas não suportam toda dor, não são mais resistentes à dor, e tampouco carregam o mundo nas costas e de nada reclamam” (Costa e Pereira, 2024, p.21).

Conforme aponta a autora Ângela Davis (2019), “quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela”. Considerando isso, avançar em uma agenda teórica e política de reconhecimento da sociedade e do Estado sobre o fenômeno do racismo obstétrico é imprescindível para movimentar as estruturas que seguem perpetuando estatísticas cruéis de mortes maternas e demais formas de violações dos direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres.

4.2 CARACTERIZAÇÕES DO RACISMO OBSTÉTRICO NO SUS

Discutido o conceito de racismo obstétrico, é importante se aproximar das caracterizações desse fenômeno na assistência ao parto das mulheres negras.

Entre os artigos selecionados desta pesquisa, identificamos conexões importantes entre os estudos realizados pelos autores Silva, Aquino e Travassos (2022), Lima, Pimentel e Lyra (2019) e Santana *et al.*, (2024) sobre múltiplas violências obstétricas enfrentadas pelas mulheres negras nos serviços e atendimentos da assistência obstétrica do SUS.

O estudo desenvolvido por Silva, Aquino e Travassos (2022), constatou que as mulheres negras entrevistadas sofrem práticas generalizadas de violência obstétrica. Assim, demonstrando que (52,9%) não puderam escolher em qual posição ficar durante o trabalho de parto, (70,6%) passaram por restrição alimentar ou lavagem intestinal, (17,6%) sofreram episiotomia, (23,5%) dos casos foi realizado manobra de kristeller. Como destacado no capítulo anterior deste trabalho, essas práticas não são recomendadas pela OMS, mas como identificado, são ainda persistentes na assistência ao parto das mulheres.

As práticas que estão na contra mão dos ideais de humanização do parto têm predileção por corpos femininos negros e pobres, uma vez que, o racismo institucional cria armadilhas nas interações médicas das mulheres negras com os profissionais de saúde obstétrica, acionando gatilhos conscientes e inconscientes de discriminações raciais e de classe no cotidiano da assistência ao parto. Se materializando, conforme evidenciou este estudo, em manobras pseudocientíficas no parto e em diversas formas de violação de direitos das gestantes e parturientes negras naturalizadas pelas equipes médicas e instituições de saúde.

Nessa esteira de pensamento, o artigo dos autores Lima, Pimentel e Lyra (2019), contribuíram para explicitar ainda mais a incidência da episiotomia em mulheres negras. Segundo o relato de uma das mulheres entrevistadas: “me sinto mutilada na verdade, pra mim eu estou mutilada! Mas as médicas todas falavam a mesma coisa: que eu poderia conviver com isso, que isso não é nada demais, que é só estética [...] se fosse nelas, elas não iam gostar.”

A mutilação genital das mulheres e meninas negras provocadas pela prática rotineira de episiotomia na assistência obstétrica do SUS, apresenta um dano estético ao corpo e a autoestima dessas mulheres. Nesse contexto, a violação da integridade genital das mulheres negras e usuárias do SUS, tem como fios condutores uma “cultura disseminada do ensino do uso não informado, não consentido, das vaginas das parturientes pobres pelos alunos de

medicina e outras profissões, para fins de treinamento de habilidades” (Diniz, C.S.G, 2016, p. 255).

Além disso, a prática de episiotomia em mulheres negras têm uma relação causal entre a violência obstétrica e racismo médico. Conforme alertou a pesquisa de Leal *et al.*, (2017), referência no tema no Brasil, a episiotomia tem sido realizada na assistência ao parto das mulheres negras sem as opções de alívio para a dor. Assim, fornecendo indicativos das caracterizações do racismo obstétrico pelo tratamento negligente das dores físicas e emocionais desencadeadas por essa prática.

A cultura patriarcal, racista e classista tem objetificado corpos femininos negros, no que diz respeito também a realização do exame de toque vaginal. Segundo o relato de uma parturiente entrevistada pelos autores Lima, Pimentel e Lyra (2019), além de sofrer com agressividade do toque vaginal excessivo e ainda foi desrespeitada durante a realização do procedimento pelos comentários ofensivos que desdenhava da sua dor e incômodo apresentado:

“Uma coisa que eu não aguentei foi o toque, levei muitos. Acho que o último que eu levei foi pro menino sair [...] foi cerca de uns seis toques. Ela disse: ‘Vou dar um toque em você!’ Aí abriu uns centímetros de dilatação. Eu gritei: ‘Meu Deus do céu!’ Ela disse: **“Não faça escândalo, não!”** (Loni). (grifos nossos)

Assim, o estereótipo sexista associado à “mulher escandalosa” tem criado discriminações que desqualificam e invalidam os desconfortos e diversas manifestações humanas no pré-parto e parto das mulheres. Nessa relação assimétrica de poder, quando as mulheres não suportam e gritam, são alvos de tentativas de silenciamentos e ameaças de abandono institucional pelos profissionais de saúde, se não adotarem uma postura passiva e submissa diante das condutas dos profissionais.

Um exemplo disso, foi narrado por uma das parturientes entrevistadas pelos autores Silva, Aquino e Travassos (2022): “aí a outra médica veio, mandando eu parar de gritar, falando: “pare de gritar, que se você ficar gritando você vai ficar aí... por que não tem só você aqui não, tem várias outras mães e ninguém tá gritando, só você” (C.A).

Segundo a autora Lélia Gonzalez (1984, p.224), “a articulação entre racismo e sexismo reproduz efeitos violentos nos corpos das mulheres negras”. Assim, identificamos que o estereótipo sexista associado a “mulher escandalosa” é ainda mais violento na assistência ao parto das mulheres negras pelos estereótipos racistas presente nos imaginários dos profissionais de saúde. Nesse aspecto, o estereótipo escravocrata, relacionado ao mito de resistência à dor das mulheres negras, foi ressaltado nos artigos dos autores Lima, Lewis e Lyra (2021) e Silva, Aquino e Travassos (2022):

“A ideia de que a mulher negra aguenta dor. Ela pode ser cortada, ela vai ter um menino mais facilmente porque é parideira, tem muito isso! A branca é estreitinha, delicada, é sensível. Mas a negra não, essa tem quadril largo” (Raquel)

[...] quando a mulher é negra eles têm a tendência de deixar mais tempo pra ver o quanto ela aguenta de dor, geralmente é mais maltratada [...] eu chorava muito, gritava: é muita dor, muita dor! Se for uma mulher branca, o atendimento é rápido, num instante. Já a mulher negra... “deixa ela aí!” (Zizi).

“mas eu achei que tinha um pouco de preconceito. Porque a minha colega,ela era... ela é mais branquinha e com o cabelo liso ...Porque quando minha colega sentia algo, alguma coisa, ela se preocupava mais. Eu falava de dores,que eu tava sentindo muitas dores e ela: “ah, é normal, não é seu primeiro”... Já minha colega, ela dava atestado pra ter repouso em casa. Porque minha colega tava sentindo dores na perna... e eu falava pra ela de atestado e ela dizia que era normal, que eu tinha que trabalhar, tal” (A.B)

Eu creio que sim. Porque, querendo ou não, existe discriminação, existe preconceito. Não tem jeito. A menina mesmo que deixaram lá, que tava sofrendo, sofrendo, a bichinha tava sofrendo mesmo, era negra. Acho que se ela não fosse negra, o atendimento seria diferenciado, né?” (J.W)

Como evidenciado pelos relatos, as mulheres negras percebem que sua raça/cor influenciam nas respostas dos profissionais de saúde obstétrica em relação ao acolhimento das dores físicas e emocionais enfrentadas por elas no trabalho de parto e pós-parto. Assim, a falta de sensibilidade dos profissionais é uma das principais queixas apontadas pelas gestantes e puérperas negras na assistência ao parto da sociedade brasileira.

Ainda sobre as repercussões desse mito de resistência à dor, uma das mulheres negras entrevistadas no estudo de Santana *et al.*, (2024), narra que “eu acho que esperam que a gente seja a mulher maravilha e que aguente tudo, mas não é assim. Cada mulher sente de um jeito (Dandara de Palmares)”.

As disparidades raciais no tratamento da dor, possivelmente estão associadas a existência de um suposto “currículo silencioso” que ensina os futuros médicos e profissionais da saúde a tratar as dores dos pacientes segundo a raça/cor, resultando em uma maior propensão em prescrever analgésicos para pacientes brancos do que para pacientes negros, como evidencia o autor James (2017):

Os médicos são mais propensos a prescrever analgésicos para pacientes brancos do que para pacientes negros. Em uma pesquisa de opinião recente, uma estudante de medicina branca discutiu como o “currículo silencioso” ensinou-a a tratar pacientes de forma diferente com base em sua raça. Sobre a questão da gestão da dor, ela escreveu: “Quando cheguei ao hospital [...] Aprendi que, entre dois pacientes com dor aguardando em uma sala de exames do departamento de emergência, o branco é mais provável que obtenha medicamentos e o preto é mais provável que seja dispensado com uma nota documentando narcóticos. (James, 2017, p. 4; tradução de Assis (2018).

Compreende-se por currículo silencioso aprendizados informais e atitudes que os estudantes de medicina podem absorver através das práticas e comportamentos observados durante sua formação.

Segundo James (2017) *apud* Assis (2018, p.556), “o viés implícito pode ser definido por um estereótipo realizado por um observador em relação a membros de um grupo racial ou étnico “minoritário”. Com isso, as práticas médicas de gestão da dor na assistência obstétrica são permeadas pelo viés racial implícito que oprime e negligencia as dores das mulheres negras provenientes do trabalho de parto, resultado das feridas vivas e persistentes da desumanização criada pela escravidão e racismo na contemporaneidade.

No estudo de Lima, Pimentel e Lyra (2019), a manobra de Kristeller foi realizada em uma das mulheres negras entrevistadas. Referindo-se, “aí subiu um ‘monstro’ em cima de mim e empurrou ele pra fora. Ela fez força mesmo, parecia um rolo compressor no braço dela. Depois ela disse: “Eu tive que fazer, me desculpe?! É, fazer o quê? O que eu podia fazer?”.

Nesse contexto, o profissional reconhece a violência cometida no trabalho de parto com o uso dessa manobra, mas se absteve dos princípios éticos e profissionais ao realizar uma manobra já abolida na assistência obstétrica com a justificativa de que é necessário para a parturiente e o bebê. Sendo esse um dos principais argumentos e armadilhas para “amarrar” corpos em práticas de violência obstétrica consensuais.

A realização da cesárea por conveniência do médico, também marcou o atendimento obstétrico das mulheres negras, como explica uma das mulheres entrevistadas neste estudo: “chegar e falar que vai abrir minha barriga e tirar minha filha um mês antes dela nascer? Eu não concordo com isso! [...] A criança tem o tempo dela e ela veio no tempo que era pra vir, do jeito que ela quis”.

Como discutido anteriormente neste trabalho, há uma cultura de realização da cesárea sem justificativa clínica. No entanto, muitas mulheres escolhem vivenciar a experiência do parto natural. Nesse contexto, o modelo intervencionista da assistência obstétrica constantemente interrompe essas experiências. Assim, médicos e equipes obstétricas incomodados com a duração do trabalho de parto das mulheres negras, tomam atitudes autoritárias e escolhem pela parturiente a forma como a criança nascerá. Assim, negando a escolha da mulher pelo parto natural e patologizando os processos fisiológicos ao subestimar a capacidade do corpo feminino de criar os próprios caminhos e mecanismos naturais para o trabalho de parto.

Ainda nessas interações médicas abusivas em torno da imposição da cesárea em mulheres negras e usuárias do Sistema Único de Saúde, uma parturiente entrevistada neste estudo relatou que:

“O médico disse que eu tava ‘acabada’. Disse que não sabia nem como essa criança vai sobreviver dentro de mim. ‘Levante as mãos pro céu! Se bobear essa criança [...] tá pra nascer em fevereiro? Não, não sei. **Acho que a gente vai tirar, vai tirar ela em janeiro’, ele disse.**” (grifos nossos)

As discriminações de gênero, raça e classe na assistência ao parto se imbricam em outras discriminações sociais, potencializando as expressões da violência obstétrica e racismo obstétrico em outros subgrupos de mulheres. Nesse relato, o estar “acabada” pode denotar discriminações relativas às aparências físicas das mulheres, como etarismo, gordofobia, capacitismo e entre outras opressões estruturais. Desse modo, existem “diferenças que fazem a diferença” na forma como violência obstétrica e racismo obstétrico se manifestam na assistência ao parto. Conforme explica a autora Crenshaw (2002), sobre as sobreposições das discriminações nas mulheres:

(...) é verdadeiro o fato de que todas as mulheres estão, de algum modo, sujeitas ao peso da discriminação de gênero, também é verdade que outros fatores relacionados a suas identidades sociais, tais como classe, casta, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual, são diferenças que fazem diferença na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação. Tais elementos diferenciais podem criar problemas e vulnerabilidades exclusivos de subgrupos específicos de mulheres, ou que afetem desproporcionalmente apenas algumas mulheres. (Crenshaw, 2002, p.173)

Ademais, as histórias das mulheres com o racismo obstétrico não ficam restritas às violências sofridas no parto. No pós-parto, os autores Silva, Aquino e Travassos (2022), identificaram que o racismo obstétrico influencia negativamente na dinâmica dos cuidados médicos dispensados pelos profissionais de saúde as puérperas negras e bebês negros, vulnerabilizando os a cuidados insuficientes e excludentes na assistência obstétrica:

“Ela ensinou a todas outras que tavam no quarto, eu era a única negra que tava lá no quarto e ainda cheguei em casa falando “eles fizeram racismo comigo” com meu marido, “por que eu sou preta do cabelo duro e eles tavam lá fazendo racismo”, aí meu marido pegou e falou “não, na certa não foi”, eu falei “sim, **porque nas outras eles deram banho em todos os bebês, só na minha bebê não deram banho**”, **falando que era pra eu pegar a minha filha, colocar na banheira**, que era simples” (C.A, grifos nossos)

Nesse caso relatado, negar informações e orientações sobre o primeiro banho no recém-nascido negro trouxe para a parturiente negra um sentimento cruel de exclusão social em decorrência de negligências médicas no cuidado neonatal de bebês negros.

Segundo a autora Dána-Ain Davis (2020), bebês negros recebem menos atenção em saúde devido a crença racista de que esses têm uma maior capacidade de sobrevivência em

relação a bebês brancos, vistos como frágeis e vulneráveis. Assim, o racismo obstétrico hierarquiza infâncias e exclui as mulheres e meninas negras do cuidado obstétrico adequado. Influenciando, desse modo, desde os cuidados mais básicos aos mais complexos, relacionados a diagnóstico e tratamento de doenças, corroborando para situações de negligências obstétricas em razão de raça/cor.

Os autores Lima, Pimentel e Lyra (2019), ainda contribuíram para ressaltar, que além de sofrer com a ansiedade do momento do parto, as mulheres negras estão constantemente preocupadas com a ausência de leitos disponíveis nas maternidades públicas de referência.

As mulheres negras imersas nessa realidade, reconhecem que se trata de quadro de violação de direitos imposta com a precarização dos serviços públicos de saúde, que violenta as possibilidades de exercício pleno da sua cidadania. Se referindo, dessa forma: “Isso por si só já é uma violência, né?! Uma violência na sua cidadania. Porque você já tá de nove meses, com a barriga enorme, e você não sabe pra onde vai?! Acho uma violência”.

O direito a vinculação à maternidade é uma garantia prevista pela Lei nº 11.634/2007, que dispõe no artigo 1º que: toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia a: I - maternidade na qual será realizado seu parto; II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal. A peregrinação do parto é uma violência obstétrica naturalizada na vida das mulheres que causa sofrimento físico e psicológico, sobretudo para as mulheres-mães mais pobres que dependem exclusivamente da rede pública de saúde para realização do parto e enfrentam obstáculos institucionais em um momento de grande vulnerabilidade da qual deveriam estar resguardadas e protegidas pelo Estado brasileiro.

Essa violação de direito no momento do parto, implica negativamente na saúde materna e neonatal pelo acesso tardio a cuidados médicos, aumentando os riscos de mortes maternas entre as mulheres usuárias da rede pública de saúde.

Diante disso, o artigo desenvolvido pelas autoras Góes, Ferreira e Ramos (2022), discutiu as desigualdades raciais presentes nas estatísticas de mortes maternas pela Covid-19 no Brasil, apontando nos seus resultados que o racismo impacta de forma determinante nas histórias reprodutivas das mulheres negras, influenciando em maiores chances de morte materna entre as puérperas e em dificuldades no acesso a UTI entre gestantes negras:

Os resultados apontam como o racismo afeta as gestantes e puérperas pretas e pardas, que apresentam maior letalidade por COVID-19 comparada às brancas (diferença que alcança os 14,02%), em particular no puerpério. Gestantes pretas e pardas são as que menos acessaram UTI. Após ajustes, a chance de óbito materno no puerpério para as mulheres pretas foi 62% maior em comparação às brancas (RC=1,62; 95%IC: 1,01-2,63). O racismo e suas manifestações (des)organizam as trajetórias reprodutivas das

mulheres pretas e pardas que na sua interação com o sexismo contribuem para desfechos maternos negativos e letais por COVID-19 (Góes, Ferreira, Ramos, 2022, p.1).

Essa realidade também foi confirmada pelos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, revelando que o índice de morte materna apresentada pelas mulheres pretas e pardas foi o dobro das mulheres brancas em 2022. Nos demonstrando que a pandemia da Covid-19 trouxe para sociedade brasileira uma série de vulnerabilidades sociais e restrições sanitárias para o funcionamento da rede pública de saúde, que expôs e exacerbou ainda mais as barreiras discriminatórias já presentes no acesso à saúde reprodutiva por essa população.

Nesse cenário, as discriminações raciais e de classe sociais na rede pública de saúde, têm configurado em dificuldades no acesso a serviços de UTI entre as gestantes e puérperas negras. Além disso, a entrada tardia aos serviços de saúde emergenciais tem contribuído para o desenvolvimento de quadros clínicos críticos durante o parto e puerpério. Nesse sentido, ocasionando mortes maternas em razão das falhas institucionais criadas por essas discriminações.

Além disso, as autoras Góes, Ferreira e Ramos (2022), salientam que a demora para procurar os serviços de saúde reprodutiva pelas mulheres negras está atrelada às condições históricas de vida desta população. Um exemplo disso, é que as desigualdades criadas pelo racismo estrutural e ambiental, que marginalizam as “minorias” étnicas a moradias localizadas em partes periféricas e distantes dos equipamentos de saúde mais complexos, criando dificuldades para que as mulheres negras e pobres acessem os serviços de saúde reprodutiva. Sendo estes fatores de riscos anteriores a violência obstétrica e racismo obstétrico, mas que agem agravando as vulnerabilidades que contribuem para adoecimentos e mortes maternas das mulheres negras durante a pandemia e no contexto atual.

Retomando as importantes contribuições do Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva, desenvolvido pela Criola, enfatizamos que o acesso à saúde reprodutiva pelas mulheres negras perpassa a construção de políticas públicas de proteção social, que promovam a eliminação ou a redução das amplas desigualdades sociais e raciais vivenciadas por essa população. Dessa forma, criando possibilidades para que as mulheres tenham condições materiais e simbólicas para exercer a sua autonomia sobre os seus corpos e sua saúde:

A autonomia sobre os corpos só é possível quando as mulheres têm acesso aos recursos sociais, econômicos e políticos básicos, bem como suas famílias e comunidades. Não é possível falarmos sobre exercício de direitos reprodutivos dentro de um cenário de graves injustiças raciais e sociais” (Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva, 2021, p.63)

Nesse ínterim, a desproteção social promovida pelo Estado neoliberal tem deixado à mercê as mulheres negras a barreiras habitacionais e entre outros obstáculos que dificultam e retardam o acesso aos serviços de saúde reprodutiva para essa população. Por conseguinte, contribuindo para agravar as comorbidades vivenciadas durante o ciclo gravídico-puerperal para esse contingente de mulheres abandonadas pelos poderes públicos do Estado.

Diante dessas injustiças sociais e reprodutivas, as autoras Góes, Ferreira e Ramos (2022, p. 2502), neste artigo, buscaram compreender a influência do racismo nas dificuldades apresentadas para o acesso à UTI pelas mulheres negras e estatísticas de mortes maternas negras por meio de uma interlocução teórica com a autora Dána-Ain Davis (2020). Nessa análise, situam que os fios condutores das práticas de racismo obstétrico estão no “legado histórico de violências, torturas e experimentos nos corpos das mulheres negras”.

Para as autoras, esses legados históricos e científicos de violência perpetrados contra corpos femininos negros estão alicerçados no fundamento da antinegitude e racismo antinegro. Segundo o autor Vargas (2020, p.22), muitas são as manifestações sociais da antinegitude na sociedade, mas todas têm como âncora a aversão e ódio contra às pessoas negras:

A antinegitude explica como um dado permanente do mundo moderno a aversão e o ódio às pessoas negras. Dentro do universo antinegro, a negritude é abjeta. “Essas pessoas negras não merecem tais recursos”; “essas pessoas negras não precisam de tantos recursos para sobreviver”; “essas pessoas negras têm mais tolerância à dor e portanto precisam de menos cuidados, medicamento, anestesia etc.”; “essas pessoas negras são hipersexuais”; “essas pessoas negras são feias”; e “essas pessoas negras são predispostas à violência e ao crime, portanto têm de ser reprimidas”: essas seriam algumas das manifestações sociais da lógica da antinegitude (Vargas, 2020, p.22)

A antinegitude é ponto de partida histórico para reprodução do racismo obstétrico na contemporaneidade. Esse ódio colonial enraizado na sociedade contra as pessoas negras foi ainda mais intensificado e legitimado no contexto pandêmico. No que se refere à saúde reprodutiva nesse cenário, as altas demandas por cuidados médicos e escassez de recursos hospitalares fazem com que as decisões sobre “deixar viver, deixar morrer” sejam ainda mais racializadas entre as gestantes e puérperas. Quadro que repercute em práticas de racismo obstétrico que vulnerabiliza estatisticamente as mulheres negras a mortes maternas por negligências institucionais em decorrência da influência das hierarquias reprodutivas, raciais e de classe social que se manifestam no ambiente obstétrico (Carneiro, 2005 *apud* Góes, Ferreira e Ramos, 2022, p. 2508).

Outrossim, as mortes maternas negras também são influenciadas pelas negligências promovidas pelas práticas de racismo médico durante a realização do pré-natal. Assim, o racismo médico e institucional tem repercutido em tratamentos de saúde insuficientes para as

gestantes negras, por exemplo, ao desconsiderar a sua predisposição a determinadas doenças crônicas.

De acordo com a Política de Saúde Integral da População Negra (2017, p.10), as doenças hereditárias mais comuns a esse grupo populacional são “anemia falciforme, a deficiência de 6-glicose-fosfato-desidrogenase, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus”. Dessa forma, se essas doenças não forem prevenidas ou diagnosticadas e tratadas adequadamente no acompanhamento do pré-natal, aumenta-se as probabilidades de complicações na saúde das gestantes e puérperas negras, contribuindo para adoecimentos evitáveis e desfechos negativos no parto e nascimento.

Ainda nesse contexto, as discriminações raciais e de classe afetam a realização do pré-natal, manifestando-se no acesso tardio e na violação do direito a informações importantes sobre os cuidados com a gravidez, principalmente aquelas relacionadas a riscos e emergências obstétricas. Tal negligência dificulta o reconhecimento dos sinais de alerta e, conseqüentemente, aumenta o risco de mortes maternas entre as negras.

Conforme apontam pesquisas nesse âmbito, as mulheres pretas e pardas são em maior proporção gestantes adolescentes, declaradas solteiras, analfabetas ou com nível fundamental incompleto, sem renda ou recebendo menos de um salário mínimo. São essas mulheres que são cotidianamente discriminadas pela sua cor e classe social durante a realização do pré-natal, sofrendo com um maior tempo de espera para serem atendidas e quando conseguem acessar esses serviços são negligenciadas com menos testagem para HIV e Sífilis, e com um quadro generalizado de violação do direito à informação sobre alertas e emergências obstétricas (Theophilo, Rattiner e Pereira, 2018 e Lessa *et al.*, 2022).

Para enfrentar esse cenário de amplas desigualdades e superar as práticas de racismo obstétrico no parto das mulheres negras, as autoras argumentam que é fundamental avançar na construção de políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva sob uma perspectiva interseccional:

“as/os formuladoras/es de políticas públicas e defensoras/es dos direitos humanos precisam avançar na agenda da saúde sexual e reprodutiva numa perspectiva interseccional, pela justiça reprodutiva, para superar o racismo obstétrico e tudo que ele promove” (Góes, Ferreira e Ramos, 2022, p. 2509).

Dessa forma, a ferramenta interseccional tem potencial para promover estratégias antirracistas, antissexistas e anticlassistas no acesso às políticas de saúde maternas para as mulheres negras e pobres, e demais mulheres afetadas por discriminações múltiplas.

No tocante aos impactos dessas discriminações nas mulheres negras, refletiremos no próximo tópico sobre as suas percepções das discriminações de gênero, raça e classe social no acesso aos serviços de assistência obstétrica do Sistema Único de Saúde.

4.3 PERCEPÇÕES DAS MULHERES NEGRAS COM AS DISCRIMINAÇÕES RACIAIS E CLASSE NO AMBIENTE OBSTÉTRICO DO SUS

Como percorrido no tópico anterior, o racismo obstétrico atravessa a vida e corpos das mulheres negras marcando negativamente suas histórias de gestação e parto. Nesse revés, é fundamental criar espaços que possibilitem às mulheres expressarem suas perspectivas sobre as dores das discriminações raciais e de classe no ambiente obstétrico do SUS. Nesse aspecto, os artigos de Lima, Lewis e Lyra (2021) e Santana *et al.*, (2024), dialogam entre si ao reforçarem a existência de práticas de discriminação racial contra a estética negra no ambiente obstétrico.

As mulheres negras entrevistadas nos dois estudos relatam que os profissionais de saúde demonstraram preconceitos contra as “tranças afro” box braids e que corroboram para a estigmatização da maternidade dessas mulheres, cuja estética e identidade confrontam os padrões dominantes de beleza:

Ela disse: “a senhora vai ter que tirar seu cabelo!” Perguntei por que eu tenho que tirar meu cabelo e ela disse que é porque “isso” faz mal pra criança. Mas como eu ia tirar meu cabelo? Ela insistiu: “não porque, veja só, as mães que ‘tão’ internadas a maioria não tem um cabelo assim, e outra, faz mal para as crianças e as mães” (Loni).

Tinha muita pergunta em torno do meu cabelo, do tipo “por que eu fiz isso, como é que fazia isso, se isso lavava?” A enfermeira, que também era negra, me perguntava se eu lavava meu cabelo (Raquel)

[...] meu companheiro usa dread no cabelo [...] fomos ignorados principalmente no centro cirúrgico que não o deixaram entrar [...]. Além disso, a maioria das pessoas que estão nesse cenário são mulheres, e muitas delas estavam insensíveis em meu atendimento. Essas mulheres deveriam estar fortalecendo as outras mulheres a vivenciarem os protagonismos de seus partos e não ajudando a colocar as mulheres em uma posição de submissão [...] (Aqaltune).

No imaginário branco, os cabelos das mulheres negras são vistos como destoantes do padrão de beleza europeu e branco. Em virtude disso, estariam atrelados culturalmente à ideia de “sujeira” e “selvageria”, e desse modo, em “contraste” com o ambiente hospitalar associado à “limpeza” e “higiene” (Kilomba, 2019). Dessa forma, a pressão estética promovida pelo racismo na assistência obstétrica tem desencadeado tentativas de enquadramento das

identidades negras sob o subterfúgio de que os cabelos sintéticos são perigosos para o momento do parto.

No entanto, Larissa Cassiano, ginecologista e obstetra negra, em entrevista ao site Mundo Negro²³ no ano de 2023, ressalta que “o próprio cabelo humano natural” e outros materiais utilizados nos centros obstétricos também oferecem riscos em contato com instrumentos obstétricos no momento do parto. Por isso, a profissional informa sobre o mito disseminado sobre o perigo dos cabelos sintéticos na assistência obstétrica:

Considerando a ausência de estudos robustos e estritamente bastante difundidos, associada à falta de treinamento adequado em relação ao uso técnico do bisturi, algumas ideias envolvendo preconceitos raciais e o uso de cabelos sintéticos, o mito sobre o risco de incêndio de cabelos sintéticos se propagam”

Evidenciado esse mito, os cabelos naturais ou os diversos penteados africanos são símbolos de afirmação de um povo e representam para as mulheres negras o despertar da consciência política e racial (Kilomba, 2019, p.124 -125).

Nesse relato, a entrevistada negou-se a retirar as “tranças afro”:

Se a enfermeira chegar lá e vê um negócio desse ela vai me deixar no canto [...] tu sabe como é, e como é com a gente?!” Ele também é negro e por isso corria o risco deles não deixarem meu companheiro entrar e, lá dentro, fazerem o que quiserem comigo. **Mas acabamos conversando e eu decidi por não cortar.** Mas eu tinha muito medo por causa disso (Raquel). (grifos nossos)

Nesse processo, as mulheres negras inspiradas no despertar da consciência racial têm desafiado as discriminações contra sua identidade na assistência ao parto, cuja luta cotidiana corrobora para erguer as vozes de outras mulheres negras em condições ainda mais sobrepostas de silenciamentos. Nesse ínterim, os corpos desobedientes às “normas” criadas pelo racismo institucional tem contribuído para estimular a cidadania insurgente das mulheres na luta contra opressões raciais no ambiente obstétrico (Holston, 2013 *apud* Assis, 2018, p.548).

A discriminação contra cor e estética da mulher negra também foi ressaltado por uma das entrevistadas no estudo de Santana *et al.*, (2024), indicando que “ser mais clara, ser assim fisicamente mais bem apresentável”, cria privilégios raciais e de classe que permitem vantagens sociais no acesso aos serviços da assistência obstétrica.

“...tratando uma pessoa por ser mais clara, ser assim fisicamente mais bem apresentável do que a gente... desmerecendo. Então tudo isso pra mim foi uma violência. Pelo meu fato, pela minha cor, por ter prioridade a outras moças de cabelo... branca, os olhos claros, o cabelo liso. Porque quem tá lá, a gente vê, entendeu? Que tem tudo, toda essa relação”. (C.A)

²³Larissa Cassiano, ginecologista e obstetra negra, em entrevista ao site Mundo Negro. Disponível em: <https://mundonegro.inf.br/cesarea-e-cabelos-sinteticos-preconceito-e-desinformacao-dos-medicos-assusta-maes-negras-na-hora-do-parto/>

Como demonstrado nos capítulos anteriores deste trabalho, a sociedade capitalista brasileira tem fortes raízes escravocratas e desigualdades econômicas abissais. Sob essa influência, as discriminações raciais e elitistas organizam hierarquicamente os atendimentos nos serviços públicos de saúde. Submetendo as mulheres negras e pobres e demais segmentos marginalizados na sociedade a barreiras institucionais e processos de exclusões sociais durante o acesso às políticas de saúde maternas.

Quanto às exclusões sociais provocadas por essas desigualdades, os artigos de Silva, Aquino e Travassos (2022) e Santana *et al.*, (2024), ressaltam que as mulheres negras percebem e reconhecem que essas diferenças de tratamento no ambiente obstétrico estão entrelaçadas pelas discriminações raciais e de classe:

[...] **descaso, por causa da cor?** Por que com umas tinha tanto suporte, comigo nada? Por que sou de cor provavelmente? Fica a pergunta, entendeu? (Elsa Soares).

Essas violências acontecem porque **somos pobres, ninguém liga para a gente não**[...] (Ruth de Souza).

A gente é fraca de dinheiro, por isso que eles fazem esses maus-tratos, acham que não temos como fazer nada (Adelina). (grifos nossos)

Como enfrentado por essas mulheres, as combinações das discriminações raciais e de classes sociais na assistência obstétrica têm influenciado na desvalorização das suas vidas pelos profissionais de saúde, ocasionando menos suporte e mais desamparo institucionais para elas. Além disso, a insuficiência de recursos financeiros contribui ainda mais para a invisibilidade e silenciamentos dessas mulheres frente às situações de injustiças sociais.

No estudo dos autores Lima, Lewis e Lyra (2021), as mulheres negras entrevistadas relataram vivências com o racismo religioso na assistência ao parto que corroboram para estigmatizar as suas experiências de maternidade e fé. Nesse contexto, os símbolos religiosos da religião do Candomblé, usados pelas mulheres negras e seus acompanhantes, foram alvos de olhares preconceituosos que sinalizam que esses sujeitos e sua religião de matriz africana não eram bem vindos no ambiente obstétrico.

Para ter o [filho] mais velho, eu fui com a faixa amarela. “Você tem que tirar, você tem que tirar!”, me disseram. Só que eu não podia tirar. Mas graças a Deus entenderam porque minha tia é de lá, e é do candomblé também, filha de Iemanjá. Aí eu subi com a faixa, tive meu filho com a faixa. Quando eu subi de novo, o médico disse: “você tem que tirar isso, viu!”. A enfermeira: “é sobrinha de Rita doutor, tem que deixar, ela é do Candomblé”, falou baixinho (Loní).

Eu nem tava com “fio”, só tava só com um idé que é uma pulseira que é referente a minha Orixá. Eu nem botei “fio” até porque eu sei que aqui [Pernambuco] é mais intolerante. Então, eu já “calçada” das minhas artimanhas, botei uma coisa que ninguém vai saber o que é, quem não é de “santo” não vai saber (Magnólia).

Quando ele foi pro hospital, ele foi com um fio de conta dele, um “fio de grau” que é mais grosso e dava pra notar mais. Porque, um “negão”, ainda me chega com aquilo aparecendo, aquele azulão gritante! Aí era engraçado os olhares meios apavorados dizendo “não mexam com eles”, foi uma coisa meio assim. Quase não falaram com a gente depois que o João chegou com aquele fio, aí de fato são “macumbeiros”! Teve gente que teve dificuldade de falar depois, não olhava no olho da gente (Magnólia).

As discriminações contra as religiões de matriz africana são sintomas da neurose cultural brasileira, que exotiza e demoniza as práticas religiosas não relacionadas à cultura europeia e cristã (Gonzalez, 1984; Flor do Nascimento, 2017). Assim, o racismo religioso promovido pela fé cristã hegemônica e seus discursos preconceituosos no ambiente obstétrico, é mais um catalisador desse processo de maus tratos e exclusões sociais das mulheres negras na assistência ao parto e conseqüentemente um mobilizador de práticas de racismo obstétrico e violência obstétrica. Diante disso, ressaltamos que os elementos religiosos têm um significado importante para mulheres, pois são manifestações das suas crenças pessoais e recursos emocionais e espirituais para lidar com os desafios do trabalho de parto e que devem ser respeitados pelos profissionais de saúde.

Diante desse panorama de amplas discriminações, abrir um processo de denúncia pelas vias administrativas e judiciais, requer muitas vezes recursos materiais, psicológicos e tempo das meninas, mulheres e famílias vitimizadas, e dessa forma, as desigualdades de oportunidades repercutem na desmotivação e sentimento de impotência dessas mulheres diante das injustiças sociais e reprodutivas:

[...] Depois de tudo que fizeram comigo [...] se eu tivesse poder, eu iria adiante e processaria o hospital, mas eu não tenho financeiro, não tenho inteligência para fazer essas coisas não. (Carolina de Jesus)

Sinto raiva desse lugar, porque eu não pude fazer nada e é uma coisa que a gente tem que ficar passando, porque somos de uma classe inferior e não tem como recorrer, infelizmente a gente tem que ficar, abafar e não fazer mais nada [...] (Carolina de Jesus).

Denunciar discriminações raciais, de classe e religiosas na assistência materna é um grande desafio, pois frequentemente essas violências são minimizadas como “erros médicos” ou “casos isolados”, o que silencia as experiências de racismo e outras formas de discriminação na assistência obstétrica na sociedade brasileira. Além disso, em um ambiente com relações de poder assimétricas e tendências autoritárias, o medo das conseqüências de confrontar essas discriminações pode prevalecer, levando indivíduos a adotar estratégias de sobrevivência para evitar exclusões sociais e barreiras institucionais no acesso aos serviços de saúde reprodutiva. Como narrou uma das entrevistadas no artigo de Silva, Aquino e Travassos (2022):

“Porque se a gente ficar levando isso, sendo: “ah, sentir ofensa, tal”, prejudica a gente. E essas pessoas que se acha, elas tão prejudicando a elas mesma. Aí não me abalou,

não. Não me atingiu, não. Eu nem liguei, eu disse: “**oh, deixe lá**”, **entrego a Deus e eu quero viver bem comigo mesma...**” (A.B) (grifos nossos).

As percepções das mulheres negras com as discriminações raciais e de classe no ambiente obstétrico, nos demonstra que o reconhecimento da saúde da mulher negra perpassa o reconhecimento do corpo negro e suas expressões estéticas, religiosas e diferenças socioeconômicas. Segundo autora Fernanda Carneiro (2006, p. 22), falar de saúde, é falar como corpo é percebido e tratado socialmente:

[...] **falar de saúde é dar expressão ao corpo. É escutá-lo como corpo expressivo, sensível, vulnerável, transcendente.** Falar de saúde da mulher negra é também falar do corpo estético, pois, é do corpo –marcado por experiências pessoais singulares de exclusão, pelos poderes sociais hostis – de onde parte o poder e a ética da mulher negra...Designar a diferença racial como direito afirmado nas lutas das mulheres por acesso a atendimento digno à saúde, integridade corporal, autonomia e respeito aos valores e crenças é apontar formas diversas e criativas de inclusão. (Carneiro, 2006, p. 22, grifos nossos)

Se tratando dos corpos femininos negros, esses são marcados por processos de inferiorização e animalizações criadas pelo complexo racismo-patriarcado-capitalismo (Saffioti, 1987). Assim, a visão estereotipada, criada por esse sistema impede de reconhecer corpos femininos negros como sensíveis e vulneráveis às experiências do parto e aos demais eventos da vida humana.

Como discutido no decorrer deste capítulo, as discriminações de gênero, raça e classe, de forma imbricada, criam e retroalimentam as práticas de racismo obstétrico na contemporaneidade. Essas práticas se manifestam em diversas formas na assistência materna e neonatal oferecida pelo Sistema Único de Saúde, gerando inúmeros desafios para implementação tanto das políticas de humanização do parto e nascimento, quanto para a Política de Saúde Integral da População Negra.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs em compreender o racismo obstétrico e suas manifestações na assistência ao parto das mulheres negras no SUS, a partir de artigos científicos publicados entre o período de 2017-2024, que retratavam as experiências de racismo obstétrico das mulheres negras e suas percepções com as discriminações reprodutivas, raciais e de classe na assistência obstétrica do SUS.

Nesse processo investigativo, identificamos materiais científicos demarcando o viés racial da violência obstétrica, sendo atualmente a linha hegemônica das produções científicas brasileiras sobre violência obstétrica em mulheres negras, em contrapartida, são poucos os artigos científicos que se utilizavam do conceito de racismo obstétrico. Dessa forma, demonstrando que se trata de uma linha de pesquisa acadêmica em desenvolvimento na sociedade brasileira.

Referente ao processo de escrita deste trabalho, consideramos que o objetivo geral e específicos deste estudo foram contemplados durante a discussão e achados da pesquisa.

No nosso primeiro objetivo, investigamos como as desigualdades de gênero, raça e classe implicam em situações de discriminação na assistência obstétrica, proposta que se concretizou no capítulo 2 e suas subseções. Nesse debate, refletimos que as mulheres negras e usuárias do Sistema Único de Saúde têm acesso extremamente desigual à saúde sexual e reprodutiva, pelo contexto estrutural de amplas misérias sociais em que estão inseridas e pelas discriminações reprodutivas, raciais e de classe acionadas no cotidiano desses serviços.

A reflexão sobre os processos históricos que marcaram o surgimento da obstetrícia, são fundamentais para compreender a gênese e reprodução histórica e contemporânea do racismo obstétrico. Com isso, não podemos negligenciar os acúmulos racistas e classistas que forjaram e levaram a obstetrícia ao patamar considerado científico pela ciência moderna. São esses aspectos históricos, ideológicos e culturais que influenciaram direta e indiretamente no desenvolvimento desse saber e na formação dos profissionais de saúde obstétrica na contemporaneidade.

O segundo e terceiro objetivo deste trabalho foram contemplados pela discussão empreendida inicialmente no capítulo 3 e respaldadas nos resultados desta pesquisa, evidenciados no capítulo 4. Ratificando o objetivo acerca da pertinência do conceito de racismo obstétrico, buscamos desenvolver uma discussão teórica-conceitual acerca deste fenômeno e identificamos a urgente necessidade de enegrecer o debate sobre violência obstétrica no Brasil. Como salientado pelos achados bibliográficos, é necessário e crucial ressignificar o conceito

de violência obstétrica em mulheres negras, pois a violência de gênero assume contornos diferenciados diante das variáveis do racismo e das desigualdades sociais.

Na tentativa de tornar visível as características do racismo obstétrico nas interações sociais das mulheres negras no ambiente obstétrico do SUS, descobrimos ser fundamental uma escuta atenta e interseccional das vivências e percepções das mulheres negras na assistência ao parto. Nesse contexto, as histórias narradas pelas mulheres sobre as discriminações raciais e de classe na assistência obstétrica do SUS, contribuem para revelar a existência de um cenário extremamente preocupante e desafiador para as políticas de humanização do parto e nascimento na sociedade brasileira.

Esses desafios perpassam o reconhecimento do racismo obstétrico pelos profissionais de saúde e sociedade em geral. Para isso, é fundamental desmistificar o discurso de democracia racial que penetra as instituições de saúde e silencia as violências obstétricas causadas por preconceitos raciais e de classe no ambiente obstétrico.

Diante desse cenário, não podemos naturalizar que as mulheres negras tenham sua integridade genital violada pelos médicos e estudantes de obstetrícia, que as suas dores do trabalho de parto sejam ignoradas pelos profissionais de saúde, que seus filhos recém nascidos sejam preteridos nos espaços neonatais, que existam tratamentos diferenciados e excludentes entre as mulheres em razão da sua estética e vestimenta, que a maternagem das mulheres negras seja estigmatizada pelo racismo religioso e entre outros preconceitos raciais e de classe que se manifestam no ambiente obstétrico.

Assim, reconhecemos a importância das lutas das intelectuais e feministas negras nesse processo de disputa por conquistas de espaço nas discussões sobre violência obstétrica na sociedade brasileira, reivindicando o seu lugar de fala, para dar voz às suas e as experiências de outras mulheres negras e periféricas, marginalizadas nesse debate. Sendo dessa forma, o movimento de mulheres negras e demais movimentos sociais fundamentais para denunciar essas discriminações na assistência ao parto e subvertendo os discursos generalizantes da violência obstétrica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Editora Atlas SA, 2002.

DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes, 2001.

BRASIL. Portaria nº 344, 1 fevereiro de 2017. **Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde**. Ministério da Saúde, 2017.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Joan Scott. TRADUÇÃO:Christine Rufino Dabat, Maria Betânia Ávila. Texto original: Joan Scott—Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. 1989.

Oyèwùmí, Oyèrónké. **A invenção das mulheres: construindo um sentido africano para os discursos ocidentais de gênero** /Oyèrónké Oyèwùmí; tradução wanderson flor do nascimento. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

LEMES, Luiza, LEAL, Julia, MENUCCI, Julia. **História das mulheres: a dicotomia pública privada e a desigualdade salarial feminina no mercado de trabalho do Estado do Rio Grande do Sul**. Disponível em <<https://periódicos.utfpr.edu.br/cgt.v.13.m.42.2020>>. Acesso em 01 mai. de 2024.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. CLACSO, Buenos Aires, Argentina. 2005.

MUNANGA, Kabengele. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. In: Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira [S.l.:s.n.], 2004. Disponível: <https://bit.ly/3YsGM7v>.

BENTO, Cida. **O pacto da branquitude**. Companhia das letras, 2022.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**/Silvio Luiz de Almeida. São Paulo: Sueli, 2019.

CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero**. Racismos contemporâneos. Rio de Janeiro: Takano Editora, v. 49, p. 49-58, 2003.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Revista estudos feministas, v. 10, p. 171-188, 2002.

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

RODRIGUES, Cristiano. **Atualidade do conceito de interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil**. Seminário Internacional Fazendo Gênero, v. 10, p. 1-12, 2013.

RODRIGUES, Ariene Aleksandra et al. “**É racismo que está aqui, e é isso que vai pautar até o fim**”: o ativismo de mulheres negras sobre violência obstétrica. 2020. Tese de Doutorado.

MARX, Karl. Os Economistas, **O Capital, Crítica da Economia Política**. Vol. II. Editora Nova Cultural Ltda, 1996.

NUNES, Sylvia da Silveira. **Racismo no Brasil: tentativas de disfarce de uma violência explícita**. Psicologia USP, v. 17, p. 89-98, 2006.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Território brasileiro e povoamento**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <<https://bit.ly/4eGIAUB>>. Acesso em: 01 out. 2024.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. Editora Perspectiva SA, 2016.

KROB, Daniéli Busanello. **A igreja e a violência doméstica contra as mulheres**. In: Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST. 2014. p. 208-216.

HIRATA, Helena et al. **Diccionario crítico del feminismo**. Síntesis, 2009.

TOSCANO, Moema; GOLDENBERG, Mirian. **A revolução das mulheres: um balanço do feminismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1992.

MORGANTE, Mirela Marin; NADER, Maria Beatriz. **O patriarcado nos estudos feministas: um debate teórico**. Anais do. XVI Encontro Regional de História da ANPUH, 2014.

PATEMAN, Carole. **O Contrato Sexual**. Traduzido por Marta Avancini. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

CALDWELL, Kia Lilly. **Fronteiras da diferença: raça e mulher no Brasil**. Revista estudos feministas, v. 8, n. 02, p. 91-108, 2000.

COLLINS, Patricia Hill; MORENO, Renata. **Reflexões e práticas de transformação feminista**. 2015.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. S134m. **A Mulher na Sociedade de Classes: mito e realidade**; prefácio de Antônio Cândido de Mello & Souza. Petrópolis, Vozes, 1976. 384p. 21cm.

HOOKS, Bell. **Intelectuais negras**. Estudos feministas, v. 3, n. 2, p. 464, 1995.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2020.

SAFFIOTI, Heleieth IB. **O poder do macho**. Ministério Público do Estado da Bahia, 1987.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. **Novas configurações da divisão sexual do trabalho**. Cadernos de pesquisa, v. 37, p. 595-609, 2007.

FREITAS, Gabriela; SANTOS, Jucilene; JACINTO, Pablo. **Inserção da mulher negra no mundo do trabalho: uma revisão de literatura**. Boletim de Conjuntura (BOCA), v. 9, n. 26, p.47-63, 2022.

ÁVILA, Maria Betânia de Melo; Berquó, Elza. **Direitos Reprodutivos - Uma Questão de Cidadania** - Brasília, DF, Brasil:Centro Feminista de Estudos e Assessoria - CFEMEA, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA); JOHNSON & JOHNSON FOUNDATION. Guia para saúde sexual e reprodutiva e atenção obstétrica: informações, orientações e metodologias ativas para profissionais da Atenção Primária à Saúde, 2022.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. Brasília: UNFPA, 2009. Disponível em:<<https://bit.ly/3TPCjw2>>. Acesso em: 14 jun. 2024.

ÁVILA, M. B. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, p. S465–S469, 2003.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

HOOKS, Bell. **E Eu Não Sou Uma Mulher? Mulheres Negras e Feminismo**. Tradução Bhuvi Libanio. – 4ª ed. – Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

WERNECK, J. **Ou o belo ou o puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias**. In: ROTANIA, A. A. WERNECK, J. P. (org.). Sob o signo das bios: vozes críticas da sociedade civil. Rio de Janeiro: E-papers, 2004.

ROLAND, Edna. **Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil**. Revista Estudos Feministas, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 506, 1995. DOI: 10.1590/%x.Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16469>. Acesso em: 7 out. 2024.

DAMASCO, M. S.; MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. **Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993)**. Revista Estudos Feministas, v. 20, n. 1, p. 133–151, jan. 2012.

GÓES, Emanuelle F. **Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional** [Tese de Doutorado em Saúde Pública, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA)]. 2018.

LÔBO, J.; SOUZA, Izabela Fernandes de. **Na encruzilhada da maternidade negra**. Anais da 8ª Reunião de Antropologia do Mercosul, 2019.

GOMES, Nilma Lino et al. **Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão**. Educação anti-racista: caminhos abertos pela Lei Federal, v. 10639, n. 03, p. 39-62, 2005.

NAÇÕES UNIDAS. 1965. **Resolução n. 2106 (XX) de 21 de dezembro de 1965**. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination. Doc. ONU/RES/2106 (XX).

ALFONSO, Daniel; MATOS, Daniel (org.). **Questão negra, marxismo e classe operária no Brasil**. São Paulo: Edições Iskra, 2013.

CRIOLA, Dossiê. **Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva** [Internet]. Rio de Janeiro, 2021.

Observatório Brasileiro das Desigualdades. **Um Retrato das Desigualdades no Brasil hoje**. Observatório Brasileiro das Desigualdades. 2023.

ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Programa de Combate ao Racismo Institucional no Brasil**. Boletim Eletrônico, Componente Saúde Nº 2. São Paulo: 2005.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 16, p. 107-120, 2012.

SCAVONE, Lucila. **Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero**. Interface-comunicação, saúde, educação, v. 5, p. 47-59, 2001.

DINIZ, Debora et al. **Aborto e raça no Brasil**, Pesquisa Nacional de Aborto 2016 a 2021. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, p. 3085-3092, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2022). **Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo**. Disponível em: <<https://bit.ly/4gPThnO>>. Acesso em: 29 jun. 2024.

KAPPAUN, A.; DA COSTA, M. M. M. **A institucionalização do parto e suas contribuições na Violência obstétrica**. REVISTA PARADIGMA, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 71–86, 2020. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1446>. Acesso em: 11 ago. 2024.

DEL PRIORE M. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia**. 2ª.ed. Rio de Janeiro (RJ): José Olympio; 1995.

BRENES AC. **História da parturição no Brasil, século XIX**. Cad. Saúde Pública [Internet].

1991 Apr;7(2):135–49. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>.

MOTT, M. L. **Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960)**. Projeto História : Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História, [S. l.], v. 25, 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588>. Acesso em: 11 ago. 2024.

WOLFF, Leila Regina; Vasconcelos Moura, Maria Aparecida. **A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura**. Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem, vol. 8, núm. 2, agosto, 2004, pp. 279-285. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. **Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1039- 1061.

MEINERZ, Nádia Elisa; NELLY DOS SANTOS, Jhulia. **Ginecologia e colonialidade: interseções de raça e sexualidade**. Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares, [S. l.], v. 24, n. 3, 2023. DOI: 10.12957/irei.2022.73135. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/intersecoes/article/view/73135>. Acesso em: 11 ago. 2024.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 651–657, jul. 2005.

FOUCAULT, M. **O nascimento da biopolítica**. Lisboa: edições 70, 2010. ISBN: 978-97-2441- 544-4

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Org. e Trad.: Roberto Machado. 27ª.Ed. São Paulo: Graal, 2013. ISBN: 978-85-7753-296-4.

MARTINS, APV. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 287 p. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

AMARAL, Marivaldo Cruz do. **Mulheres, imprensa e higienização: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927)**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15,n.4,out.-dez. 2008, p.927-944.

OSAWA, R. H.; RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. **Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, n. 5, p. 699–702, set. 2006.

NUNES, Isa Maria; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. **A atenção ao parto como espaço de poder**. Acta Paul Enferm., v. 17, n. 3, p. 340-346, Mar. 2004.

MENEZES, Paula Fernanda Almeida de; PORTELLA, Sandra Dutra Cabral; BISPO, Tania Christiane Ferreira. **A situação do parto domiciliar no Brasil**. Revista Enfermagem Contemporânea, Salvador, Brasil, v. 1, n. 1, 2012. DOI:10.17267/2317-3378rec.v1i1.38. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/38>. Acesso em: 11 ago. 2024.

PERROT, Michell. **Minha história das mulheres** / Michelle Perrot; [Tradução Angela M. S. Côrrea]. — São Paulo: Contexto, 2007.

FORNA, Aminatta. **Mãe de todos os mitos. Como a sociedade modela e reprime as mães.** 1999.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014.

ESTADO DE PERNAMBUCO. Lei Ordinária nº 16.499, de 6 de dezembro de 2018. Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco. Recife, PE: Diário Oficial do Estado de Pernambuco, 2018.

PL 2082/2022. **Projeto de Lei que altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção.** 2022. Disponível em: <https://bit.ly/47Vfw7>. Acesso em: 10 de maio de 2024.

PL 422/2023. **Dispõe sobre a violência obstétrica, e sobre o dever dos diversos Poderes dos entes da Federação de promover políticas públicas integradas para a sua prevenção e repressão,** alterando a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. 2023. Disponível em: <https://bit.ly/3YbPABQ>. Acesso em: 10 de maio de 2024

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.** Caracas; 2007. p. 1-41.

ARGENTINA. **Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.** Argentina; 2009. p. 1-39.

DECARLI, Mariana Oliveira. **Patriarcado e violência obstétrica: a vitalidade da estrutura patriarcal no ambiente do parto.** In: XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2018, Vitória. Anais [...] Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2018.

LADEIRA, F. M. B.; BORGES, W. A.. **Colonização do corpo e despersonalização da mulher no sistema obstétrico.** Revista de Administração de Empresas, v. 62, n. 4, p. e2021–0082, 2022.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B.. **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 6, p. 1859–1868, jun. 2014.

LEÃO, M. R. DE C. et al.. **Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 8, p. 2395–2400, ago. 2013.

NICIDA, L. R. DE A. et al.. **Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 11, p. 4531–4546, nov. 2020.

SILVA, V. da V. **As contribuições de Heleieth Saffioti para os estudos de gênero na contemporaneidade.** Revista Feminismos, [S. l.], v. 7, n. 1, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/33391>. Acesso em: 11 ago. 2024.

ESTADO DE PERNAMBUCO. Ministério Público. **Humanização do Parto. Nasce o Respeito.** Pernambuco: MPPE, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/4dAOjZs>. Acesso em: 24 jun. 2024.

LEAL, M. DO C. et al.. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. S17–S32, 2014.

Progianti, Jane & Araujo, Luciane & Mouta, Ricardo. (2008). **Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade.** Escola Anna Nery. 12. 45-49. 10.1590/S1414-81452008000100007.

GOSCH, C. S.; PEREIRA, I. B.; MUNDOCO, L. S. **Assistência ao parto em maternidade do Tocantins: análise centrada na realização da manobra de kristeller.** Revista Brasileira de Educação e Saúde, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 18–22, 2020. DOI: 10.18378/rebes.v10i2.7525. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/7525>. Acesso em: 11 ago.2024.

LIMA, Geovana Albuquerque Félix de; LOPES, Maria Clara Aragão. **Violência obstétrica: riscos do uso da manobra de kristeller durante o parto.** Orientador: Lídia Câmara Peres. 2019. 22f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2019.

Departamento de Informática do SUS. **Nascidos vivos.** <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> (acessado em 02/outubro/2024).

World Health Organization. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Geneva, Switzerland, 2023.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro Obstetrícia,** de Jorge de Rezende. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.1, jan.-mar. 2016, p.155-172.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre a mulher e violência. In: CARDOSO, R. (Org). **Perspectivas antropológicas da mulher.** Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

DAVIS, Dána-Aim. **Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing.** Medical Anthropology 38(7):560-573. Traduzido por Giovana Acacia Tempesta, Universidade de Brasília | Brasília – DF – Brasil. 2020.

HOOKS, Bell. **Teoria feminista: da margem ao centro.** São Paulo: Perspectiva, 2019.

FERREIRA, Thais. **Pequeno Manual de Antirracismo Obstétrico.** Rio de Janeiro. 2023.

LIMA, Tatiane Michele Melo de. **'Tem cor, tem corte, e a história do meu lugar': A interseccionalidade da violência obstétrica no Brasil e a disputa de sentidos**, In: XVII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, RIO DE JANEIRO, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica /Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno no 4).

Dias Corrêa, Ana Paula. Caldas Torres, Iraildes. **A violência obstétrica como expressão da violência contra a mulher e seu viés étnico-racial**. Jornada Internacional de Políticas Públicas (JOINPP). UFMA. Disponível em: <https://bit.ly/3WzKblO>.

LIMA, Tatiane Michele Melo de. **Violência obstétrica: as disputas discursivas e a luta das mulheres**. 2019. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco.

MAIA, MB. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 189 ISBN 978-85-7541-328-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

TORNQUIST, C. S. **Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto**. Revista Estudos Feministas, v. 10, n. 2, p. 483–492, jul. 2002.

Diniz, C. S. G.. (2005). **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência & Saúde Coletiva, 10(3), 627–637. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.

DAVIS-FLOYD, Robbie. **The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth**. International Journal of Gynecology and Obstetrics, v.71, supl.1, p.S5-S23. Disponível em: <<https://bit.ly/3WFSqNs>>. Acesso em: 11 ago. 2024. 2001.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO. **Nossa História**. REHUNA, 2019. Disponível em: <http://rehuna.org.br/nossa-historia/> > Acessado em: 02 abr. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Plano de Ação (2004-2007)**. Série Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF; 2004.

BRASIL. **Lei nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2005.

BOURGUINON, A. M.; GRISOTTI, M. **A emergência do discurso de humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras (1987-2012)**. Publicação UEPG: Ciências Sociais Aplicadas, Ponta Grossa, v. 24, n. 3, p. 345-356, 2016. Disponível em: <Disponível em: <https://bit.ly/2OiWfrr> >. Acesso em: 11 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos Humaniza SUS ; v. 4).

Brasil. Ministério da Saúde. **Humanização do parto Humanização no Pré-natal e nascimento** / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília-DF. 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Domingues, P. M. L., Nascimento, E. R. do ., Oliveira, J. F. de ., Barral, F. E., Rodrigues, Q.P., Santos, C. C. C. dos ., & Araújo, E. M. de .. (2013). **Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres**. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(2), 285–292. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200003>.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity in health**. *International Journal of Health Services*, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. DE .. **Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 493–502, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A política de saúde no Brasil**. In: *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 4 ed. São Paulo: Cortez, cap. 5, 2009. p. 88-110.

IEPS. Instituto de Estudos para Políticas Públicas. **Relatório Técnico nº 02/2023 - Saúde da População Negra**. 2023.

Carneiro, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil** / Sueli Carneiro — São Paulo: Selo Negro, 2011. — (Consciência em debate/coordenadora Vera Lúcia Bedito).

DINIZ, C. S. G. et al.. **A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 20, n. 56, p. 253–259, jan. 2016.

SILVEIRA, R. et al.. **Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil.** Saúde e Sociedade, v. 30, n. 2, p. e 200414, 2021.

Garbois, J. A., Sodré, F., & Dalbello-Araujo, M.. (2017). **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde.** Saúde em Debate, 41(112), 63–76.
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>.

SANTOS, Neuza Souza. **Tornar-se Negro ou as Vicissitudes da Identidade do Negro em Ascensão Social.** Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1983.

LIMA, T. C. S. DE .; MIOTO, R. C. T.. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica.** Revista Katálysis, v. 10, n. spe, p. 37–45, 2007.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade.** Tradução de Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

COSTA, Christian Douglas da Silva; LOPES PEREIRA, Jacqueline. **Matripotência afro-latino-americana na encruzilhada: da violência obstétrica ao racismo obstétrico.** InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais, Brasília, Pré-publicação, p. 1-35, 2024.

LIMA, K. D. DE .; PIMENTEL, C.; LYRA, T. M.. **Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 4909–4918, out. 2021.

SILVA, T. V. S.; AQUINO, T. R. de. TRAVASSOS, A. G. A. **A Percepção da violência obstétrica por mulheres negras em uma USF em Salvador (BA) e os impactos observados.** Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva, [S. l.], v. 3, p. e14539, 2022.

SANTANA, A. T. DE . et al.. **Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 9, p. e09952023, 2024.

GÓES, E. F.; FERREIRA, A. J. F.; RAMOS, D.. **Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia?.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 9, p. 2501–2510, set. 2023.

LIMA, K. D. DE .; LEWIS, L.; LYRA, T. M.. **“O escuro das cores, na pele afrodescendente, herdeira das dores”:** dimensões do racismo no contexto de assistência ao parto. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 31, n. 1, p. e310119, 2021.

ASANTE, Molefi K. **“Afrocentricidade como Crítica do Paradigma Hegemônico Ocidental: Introdução a uma Ideia.”** Ensaios Filosóficos, Volume XIV– Dezembro, 2016

PIEDADE, Vilma. **Dororidade**. São Paulo: Editora Nós, 2019.

GONZALEZ, Lélia. **Racismo e sexismo na cultura brasileira**. Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 1984.

CARDOSO, Cláudia Pons. **Amefricanizando o feminismo: o pensamento de Lélia Gonzalez**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, setembro-dezembro, 2014.

ALVES, Alê. Angela Davis: **“Quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela”**. El País, Salvador, 27 de julho de 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3ASmD4B>>. Acesso em: 15 de agosto de 2024.

ASSIS, J. F. DE .. **Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica**. Serviço Social & Sociedade, n. 133, p. 547–565, set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2007.

VARGAS, João H. Costa. **Racismo não dá conta: antinegritude, a dinâmica ontológica e social definidora da modernidade**. Revista Em Pauta. Rio de Janeiro. V.18, N.45, 2020.

CARNEIRO, Aparecida Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. . Acesso em: 07 set. 2024.

PIMENTEL, Carolina. **Mortes maternas de negras são mais que o dobro que de brancas**. Agência Brasil, Brasília, 23 de novembro de 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/3zILmOd>>. Acesso em: 18 de agosto de 2024.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L.. **Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 11, p. 3505–3516, nov. 2018.

LESSA, M. S. DE A. et al.. **Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 10, p. 3881–3890, out. 2022.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019.

FLOR DO NASCIMENTO, Wanderson. (2017), **“O fenômeno do racismo religioso: desafios para os povos tradicionais de matrizes africanas”**. Revista Eixo, Brasília, vol. 6, nº 2.

CARNEIRO, Fernanda. **Nossos passos vêm de longe**. In: WERNECK. Jurema; MENDONÇA. Maisa; WHITE. Evelyn (Org.). O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe. 2ª ed. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2006.