



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
COLEGIADO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

CAROLINE DE JESUS SOUZA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA AS MULHERES NEGRAS:
UM ESTUDO SOBRE O SEU SILENCIAMENTO NO CAMPO CIENTÍFICO**

Salvador

2018

CAROLINE DE JESUS SOUZA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA AS MULHERES NEGRAS:
UM ESTUDO SOBRE O SEU SILENCIAMENTO NO CAMPO CIENTÍFICO**

Trabalho de conclusão de curso de Graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Magali da Silva Almeida

Salvador

2018

CAROLINE DE JESUS SOUZA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA AS MULHERES NEGRAS:
UM ESTUDO SOBRE O SEU SILENCIAMENTO NO CAMPO CIENTÍFICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, Curso de Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 24 de fevereiro de 2018.

Magali daSilva Almeida – Orientadora _____

Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil.

Universidade Federal da Bahia

Carla A. da Silva Santos _____

Mestra em Estudos Interdisciplinares sobre Gênero, Mulheres e Feminismo pela Universidade Federal da Bahia, Brasil

Universidade Federal da Bahia

Márcia Santana Tavares _____

Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia, Brasil

Universidade Federal da Bahia

Ao meu avô,

Duduca (*In memoriam*) que sempre me ensinou a importância de estarmos todos juntos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Maria Hilda e Roberto Souza, que me criaram com muito carinho e sempre minha apoiaram em todas as jornadas da minha vida. Eu não teria chegado até aqui sem vocês.

Ao meu irmão Eric, que mesmo não estando perto diariamente, sempre se mostra muito cuidadoso e preocupado comigo.

A toda minha família, não tenho como citar todos os nomes, mas com certeza todos foram importantes nessa jornada. Todas as energias depositadas em mim e todos os pensamentos positivos foram de significativa importância na minha vida.

Às minhas tias, em especial a minha tia/irmã Meire, Célia, Cristina e Magra. Eu sou muito grata por ter vocês acompanhando e torcendo pelos meus sonhos.

Às minhas priminhas, Sarah e Leticia. Que me fazem crer em futuro melhor e mais fraterno

Aos meus primos, em especial minha prima Maiara e meu primo Albert, pela parceria de sempre.

Aos meus amigos, todos que acompanharam esse momento. Todas as palavras positivas fizeram muita diferença nesse momento, eu sou muito grata!

Aos meus amigos que conquistei no curso, em especial Suian, Alan e Matheus. A companhia de vocês me ajudou traçar essa jornada com mais leveza.

À Itamires, pelas leituras, correções e toda paciência. Serei sempre grata a você!

À minha orientadora Magali Almeida. Pela paciência e todo apoio.

Às professoras Carla Akotirene e Márcia Tavares. Por aceitarem o convite de compor a banca e dividir um pouco dos seus conhecimentos comigo.

Gratidão!

[...] Aqueles homens ali dizem que as mulheres precisam de ajuda para subir em carruagens, e devem ser carregadas para atravessar valas, e que merecem o melhor lugar onde quer que estejam. Ninguém jamais me ajudou a subir em carruagens, ou a saltar sobre poças de lama, e nunca me ofereceram melhor lugar algum! E não sou uma mulher? Olhem para mim? Olhem para meus braços! Eu arei e plantei, e juntei a colheita nos celeiros, e homem algum poderia estar à minha frente. E não sou uma mulher? Eu poderia trabalhar tanto e comer tanto quanto qualquer homem – desde que eu tivesse oportunidade para isso – e suportar o açoite também! E não sou uma mulher? Eu pari três filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher?

Sojourner Truth (1851)

SOUZA, Caroline de Jesus. Violência obstétrica contra as mulheres negras: um estudo sobre o seu silenciamento no campo científico. 82 f. il. 2018. Trabalho de conclusão de curso em Serviço Social– Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

RESUMO

O presente TCC é resultado de pesquisa sobre violência obstétrica contra mulher negra e seu objetivo principal, apresentar pesquisa qualitativa de natureza bibliográfica, cujo objeto são os artigos disponíveis no Google Acadêmico, referentes à violência obstétrica contra as mulheres negras a partir de 2010. O período delimitado toma como referência histórica a primeira legislação sobre violência obstétrica que se tem notícias que foi promulgada na Venezuela. Para desenvolver esta investigação buscou-se a revisão da literatura brasileira sobre violência obstétrica na plataforma CAPES e do Google acadêmico e sua relação com a saúde da mulher negra, assim como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no SUS. A escolha desse tema considerou o racismo e o sexismo como determinantes no acesso da mulher negra nos serviços de saúde. Por esse motivo o pano de fundo que fundamentou esta investigação foram as relações raciais forjadas no sistema patriarcal na formação social brasileira e nessa relação o lugar da mulher negra. Desta forma, considerou presença do racismo institucional como um fator preponderante no acesso a assistência obstétrica das mulheres negras. Para tanto, a metodologia adotada foi a pesquisa bibliográfica no Google Acadêmico com os seguintes descritores: raça; racismo; discriminação racial; mulher negra; corpo negro; racismo institucional; violência obstétrica. O resultado identificou um total de 141 títulos e destes apenas 2 discutem a violência obstétrica na perspectiva de gênero e raça. Os resultados da investigação constataram uma inexpressiva produção científica sobre violência obstétrica contra a mulher negra, confirmando o silêncio do racismo e suas intersecções com o sexismo e classe como determinantes na violência obstétrica no campo da produção científica.

Palavras-chave: Violência obstétrica-Mulher negra. Racismo estrutural e institucional. Saúde da população negra.

SOUZA, Caroline de Jesus. Obstetric violence against black women: a study of their silence in the scientific field. 82 f. il. 2018. Graduation work in Social Work - Institute of Psychology, Federal University of Bahia, Salvador, 2018.

ABSTRACT

The present work of course conclusion is a result of research on obstetric violence against black women and its main objective, to present qualitative research of a bibliographic nature, whose object is the articles available in Google Scholar, referring to obstetric violence against black women from of 2010. The delimited period takes as historical reference the first legislation on obstetric violence that has been reported that has been promulgated in Venezuela. In order to develop this research, we sought to review the Brazilian literature on obstetric violence in the CAPES and Google academic platform and its relationship with black women's health, as well as the National Policy on Integral Health of the Black Population in the Brazilian Unified System (SUS). The choice of this theme considered racism and sexism as determinants of black women's access to health services. For this reason the background that founded this investigation were the racial relations forged in the patriarchal system in the Brazilian social formation and in this relation the place of the black woman. In this way, she considered the presence of institutional racism as a preponderant factor in the access to obstetric assistance of black women. To do so, the methodology adopted was the bibliographic research in Google Scholar with the following descriptors: race; racism; racial discrimination; black woman; black body; institutional racism; obstetric violence. The results identified a total of 141 titles and of these only 2 discuss obstetric violence from a gender and race perspective. The results of the investigation found an inexpressive scientific production on obstetric violence against black women, confirming the silence of racism and its intersections with sexism and class as determinants of obstetric violence in the field of scientific production.

Keywords: Obstetric violence-Black woman. Structural and institutional rationale. Black population health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPARH	Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana
FHC	Fernando Henrique Cardoso
NEGRAS	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
PAF	Programa de Anemia Falciforme
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSIPN	Saúde Integral da População negra
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
VO	Violência Obstétrica
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA AS MULHERES NEGRAS	19
2.1	RELAÇÕES RACIAIS E DE GÊNERO NA SOCIEDADE DE CLASSES	19
2.1.1	Relações raciais no pensamento brasileiro: das teorias raciais a o pensamento de Gilberto Freyre	22
2.1.2	Enegrecendo o feminismo e feminilizando a raça: surge um novo paradigma no campo feminista e antirracista	28
2.2	SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO Á UMA AGENDA POLÍTICA	31
2.2.1	Breve Contextualização	32
2.2.2	O protagonismo do movimento de mulheres negras na formulação de políticas e combate ao racismo	37
3	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA AS MULHERES NEGRAS: UMA BREVE REVISÃO DA LITERATURA	40
3.1	CONTEXTUALIZAÇÃO E CONCEITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL	40
3.2	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS DEBATES CONTEMPORÂNEOS	46
3.3	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O DEBATE DAS RELAÇÕES RACIAL A AUSÊNCIA	50
4	ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA MULHERES NEGRAS	53
4.1	O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	53
4.2	ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA E RESULTADOS	58

4.2.1	Artigo 1: Experiência e resistência de mulheres negras na trama do aborto clandestino, RIBEIRO (2016)	60
4.2.2	Artigo 2: A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil, LEAL, et. AL. (2017)	64
4.3	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO EXPRESSÃO DO PRECONCEITO E DA DISCRIMINAÇÃO RACIAL NO BRASIL: O SILÊNCIO COMO “NORMA”	67
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICES	79
	APÊNDICE A – QUADRO DE PRODUÇÕES DO BANCO DE DADOS PLATAFORMA CAPES	79
	APÊNDICE B - QUADRO DE PRODUÇÕES DE BANCO DO GOOGLE ACADEMICO	81

1 INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) inicia com a epígrafe do histórico discurso, datado de 1851, realizado na *Women's Rights Convention* em Akron, Ohio, Estados Unidos. O discurso foi proferido por Sojourner Truth, mulher negra livre que viveu a escravidão, e ecoou como resposta à fala de diversos pastores que discutiam sobre os direitos das mulheres. Após escutar aqueles homens que defendiam que as mulheres não deveriam ter os mesmos direitos que os homens, ela não se subordinou diante de argumentos que reforçavam a fragilidade e docilidade feminina e alegavam que as mulheres eram intelectualmente débeis. Esses estereótipos eram, no discurso, machista e racista, reforçados por concepções religiosas que afirmavam que Jesus Cristo foi um homem e não uma mulher e que a primeira mulher, no texto bíblico, Eva, fora uma pecadora. Tais concepções motivaram a intervenção de Sojourner Truth no referido evento.

A primeira motivação para esta investigação foi conhecer a realidade da assistência obstétrica¹ voltada para os cuidados das mulheres negras. Apesar da escassez de estudos a respeito do tema, tomamos como hipótese inicial que as mulheres negras são as que mais sofrem a violência obstétrica. Neste trabalho adotamos a concepção de Tesser, que afirma que a violência obstétrica é aquela “[...] contra a mulher grávida e sua família, ocorrida durante a assistência obstétrica no período do pré-natal, no parto ou em processo de abortamento” (2015, p.2). Com base nesse conceito percebemos que a violência obstétrica pode ocorrer durante todo o período gestacional e não apenas no período do parto ou processo de abortamento, como o senso comum imagina. Além disso, o conceito estende o impacto da violência obstétrica para a família das usuárias, ou seja, é uma ação de violação coletiva. Esta dimensão do conceito é importante quando associada ao racismo, uma vez que este não incide apenas sobre o indivíduo, mas é extensivo ao grupo humano ao qual pertence: os (as) afrodescendente.

Tivemos dificuldade de tratar quantitativamente os indicadores de violência obstétrica, pois como vimos anteriormente essa expressão da violência percorre um longo caminho da experiência da mulher negra e sua família, abarcando várias

¹ Para melhor conhecimento, ver portaria N° 569, de 1 de junho de 2000.

dimensões da assistência obstétrica. Como um ponto de aproximação com a realidade de violações das mulheres negras no Brasil, apresentamos, a seguir, alguns indicadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo estudos do Ministério da Saúde em 2012 o número mínimo de consultas durante o pré-natal é seis. No entanto, as mulheres negras são assistidas em menor grau que as mulheres brancas, conforme afirmação abaixo:

O número mínimo de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde é de 6 (seis). A proporção de mulheres que declararam realizar seis ou mais consultas de pré-natal foi maior na população branca (85,8%), seguida da amarela (80,7%), parda (71,8%), preta (71,2%) e indígena (39,7%) em 2012. (BRASIL, 2016, p.41).

Outro fator existente é os dados de morte materno materna no Brasil, como afirma que incide em maior grau sobre as mulheres negras. O Ministério da Saúde, em 2005, visando à redução da mortalidade materna no Brasil formaliza o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, institui pioneira na inclusão do quesito raça/cor,

Ainda que o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2005, tenha sido o espaço pioneiro a incluir o quesito raça/cor visando um acolhimento e atendimento qualificado para mulheres negras, a mortalidade materna dessas mulheres ainda não atingiu índices de redução consideráveis. O perfil de causas prioritárias de mortalidade materna praticamente não mudou na última década: hiper mortalidade materna, tensão, infecção puerperal, aborto e hemorragia continuam como principais causas. As mulheres negras são as principais vítimas. De acordo com dados notificadas no SIM, do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas. (MS/SVS/CGIAE). É importante ressaltar que as mortes maternas notificadas no SIM apresentaram melhora no registro da variável raça/cor. Em 2000, das mulheres que morreram por alguma causa obstétrica, 16,6% teve sua cor/raça ignorada; este percentual caiu pela metade em 2005 e, finalmente, atingiu 4,5% em 2012. A mortalidade materna ganha contornos ainda mais graves quando se percebe que cerca de 90% dos óbitos poderiam ser evitados, muitos deles por ações dos serviços de saúde (BRASIL, 2016, p.41).

Uma das primeiras aproximações com o tema, que justificam este estudo, foi a nossa vivência pessoal. Foi feita uma sondagem com algumas mulheres negras da nossa família que tiveram acesso a assistência obstétrica na rede pública, com o objetivo de verificar o que elas percebiam no atendimento recebido e se identificavam algum tipo

de violência no atendimento. Identificamos dois pontos que ajudaram a construir esta investigação: o primeiro ponto revelou que todas essas mulheres tinham sofrido algum tipo de violência obstétrica e o segundo ponto decorre do primeiro, nenhuma delas considerou a violação ou o sofrimento vivido como uma violência.

Outro fator motivacional ocorreu na fase exploratória da pesquisa no momento de investigação bibliográfica no banco de dados da plataforma da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) sobre violência obstétrica. Naquele momento, nossa intenção era identificar em seus periódicos a frequência do que vem sendo produzido sobre violência obstétrica contra as mulheres negras. Essa fase exploratória nos trouxe outro ponto de inquietação, que foi o “silenciamento” do tema no que diz respeito às particularidades da saúde da mulher negra e violência obstétrica.

Essa inexpressiva produção bibliográfica sobre violência obstétrica contra as mulheres negras constatou uma lacuna a ser superada. Estas foram algumas das razões que motivaram a realização deste TCC. Assim sendo, tomamos como objeto desta pesquisa a produção bibliográfica sobre violência obstétrica contra as mulheres negras sob a forma de artigos publicados nos periódicos da CAPES e Google Acadêmico no período de 2010 á 2017. Isto posto, formulamos o seguinte problema na investigação: em que medida nos artigos sobre violência obstétrica os marcadores de raça, gênero e classe são considerados relevantes para a análise da violência obstétrica contra as mulheres negras?

A hipótese que guiou a investigação considerou que existe um “silenciamento” do racismo na produção científica acerca da violência obstétrica contra as mulheres negras. Mulheres essas que trazem consigo uma série de condicionalidades impostas historicamente, por determinantes sociais, dentre os quais a história da escravidão e violação do corpo negro no sistema patriarcal. Este sistema de dominação e opressão influenciou diretamente a forma como as mulheres negras são reconhecidas em uma sociedade racista e patriarcal, como a capitalista e suas particularidades no Brasil. Porém, o racismo é estrutural e estruturante das relações sociais. Portanto, essas particularidades são naturalizadas, individualizadas e destituídas de caráter político. As relações de dominação e opressão em uma sociedade desigual e iniqua mascaram as hierarquias de gênero, raça e classe e não reconhecem as particularidades das mulheres

negras como fatores preponderantes ao seu acesso a assistência obstétrica humanizada no SUS, e assim, o corpo das mulheres negras é vulnerável dentro dos serviços de saúde. A questão racial não é considerada, na maioria da produção acadêmica, como determinante social da violência obstétrica, assim como o racismo institucional. A inexistência de reflexão desse fenômeno acaba corroborando com a perpetuação do racismo expresso na violência obstétrica praticada contra mulheres negras, impedindo que se pense em mecanismos de enfrentamento da mesma.

Assim, tivemos como objetivos específicos desta investigação a revisão da literatura sobre violência obstétrica e a revisão do acesso a saúde da população negra. Logo, a questão racial e sua abordagem na literatura específica terão uma abordagem especial nesta investigação. A análise realizada nessa investigação foi sustentada a partir de uma visão crítica da sociedade. Consideramos no processo investigativo a história como um ponto fulcral de análise. Situar-mos a nossa realidade, fez com que o processo investigativo não se tornasse um processo descolado da realidade societária. Consideramos e defendemos que o modelo capitalista apropria-se das opressões de gênero e raça, trazendo para elas novas configurações para esses dois processos de opressão.

A investigação da violência obstétrica contra as mulheres negras exige a análise das condições de vida e trabalho dessas mulheres que afetam os seus direitos reprodutivos. Deve-se levar em consideração a formação social brasileira e sua relação com o processo de escravização de africanos e seus descendentes no Brasil. Assim, as condições materiais de vida da mulher negra determinam o acesso adequado ou não no SUS. Existe no Brasil uma expressiva desigualdade nas condições de vida das mulheres negras em relação às mulheres brancas. A distribuição dos recursos está diretamente relacionada às condições de gênero, raça e classe. A inserção das mulheres negras no mercado de trabalho no Brasil identifica a seguinte realidade.

[...] a participação das mulheres negras no mercado de trabalho é um aspecto extremamente relevante para a compreensão da interseccionalidade de gênero e raça na constituição das desigualdades sociais brasileiras. Pois, a trajetória socioeconômica das mulheres negras tem sido analisada como fruto do intercruzamento das mudanças ocorridas na participação das mulheres no mundo do trabalho e da estabilidade das desigualdades raciais que só recentemente começou a declinar. Neste sentido, há avanços em relação aos homens de seu grupo de cor, ao mesmo tempo em que permanecem com significativas desvantagens em relação às mulheres brancas (BRASIL, 2013, p. 53).

O mesmo documento afirma que as mulheres negras são as maiores vítimas de morte materna. Elas correspondem a 62% no Brasil. Assim, essa realidade ratifica o cenário de que a possibilidade de redução da taxa de mortalidade materna está diretamente relacionada ao acesso da qualidade dos serviços de saúde. Por esse motivo, não é possível refletir sobre violência obstétrica deslocada das condições de acesso a saúde da população negra.

Compreender as condições de vida e saúde da população negra deixa evidentes as condições desiguais que essa população vive no Brasil e no mundo. Pois estas condições vão interferir diretamente no seu acesso a saúde e por isso, é necessário estudar as condições históricas dessa população, pois reflete na sua realidade atual.

Os estudos estatísticos têm constatado que há um fosso entre a população negra e a população branca, em termos de acesso e oportunidades. A ausência de negros nas profissões de prestígio, na política, em algumas expressões artísticas, na mídia etc., é resultado de uma longa história de exclusão, na qual o racismo e o sexismo atuam definindo para homens e mulheres negras lugares desprivilegiados na sociedade, quase intransponíveis. (ALMEIDA, 2014, p.04)

Historicamente, no Brasil, a mulher negra se encontra em uma situação de maior vulnerabilidade com relação à mulher branca. O Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2005), já citado neste TCC, comprovou que a mortalidade materna e neonatal não se distribui de forma homogênea na população e o risco de morrer está relacionado ao nível socioeconômico e ao pertencimento racial. Dessa forma, as mulheres que se encontram em pior situação socioeconômica são as mulheres negras, e essa desigualdade afeta diretamente sua chance de sobrevivência e das e dos recém-nascidos.

[...] as causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão arterial, fatores relacionados à dificuldade de acesso e à baixa qualidade do atendimento recebido e a falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas (BRASIL, 2005, p. 11).

A violência obstétrica contra as mulheres negras, além de ser uma expressão da violência de gênero é também uma expressão do racismo. Facilita compreender essa

dimensão quando pensamos no acesso à saúde dessas mulheres. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde não é apenas ausência de doenças, mas sim um completo bem-estar físico, mental e social. Por isso, foi necessário também, dialogar com o conceito de saúde para compreender o acesso a saúde da população negra no SUS. Um dos motivos que torna a mulher negra vulnerável dentro do espaço da assistência obstétrica é o seu precário acesso à saúde, pois a relação da população negra com a saúde é marcada por fatores históricos, sociais econômicos e culturais, que apontaram, inclusive, para a existência, aqui no Brasil, da Política Nacional de Saúde Integral da População negra (PNSIPN).

Segundo Cisne (2015) a sociedade capitalista tem como uma das suas características, as relações de opressões, exploração e apropriação sobre as mulheres, promovendo, assim, situações de violência, que são potencializadas pela própria desigualdade de classe, pelo sexismo e pelo racismo. Essas opressões acabam por provocar uma demanda por luta por direitos humanos, exigindo a esses grupos oprimidos uma pressão para sua articulação. Para Cisne (2015) a luta por direitos humanos para as mulheres nos exige a capacidade de lutar por uma sociedade sem violência e sem apropriações, explorações e opressões, responsáveis pelas violências contra as mulheres.

Assim, este trabalho foi dividido em 4 capítulos. No segundo capítulo apresentamos as perspectivas teóricas que fundamentam a investigação. Tomamos como referência teórica os estudos sobre as relações raciais, de gênero e classe, que nos auxiliaram na análise da violência obstétrica contra as mulheres, bem como consideramos os determinantes sociais de raça, gênero e classe como influentes no acesso a saúde das mulheres negras. Para isso, realizamos uma breve contextualização sobre as teorias raciais e o pensamento de Gilberto Freyre, que influenciaram a ideia de harmonia racial encobrendo as relações de dominação contra as mulheres negras e naturalizando a violência sobre o seu corpo, e conseqüentemente afetando a sua saúde e de toda população negra. Assim como, apresentar as contribuições do movimento de mulheres negras para o desenvolvimento do campo da saúde da população negra.

No terceiro capítulo realizamos uma breve revisão da literatura sobre violência obstétrica com o objetivo de nos aproximarmos do tema. Assim, apresentamos o desenvolvimento do termo pelos (as) estudiosos, que nem sempre dão a ele a mesma

denominação. Nesse contexto cabe a discussão política do processo de humanização do parto através do REHUNA (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento) que demandou a institucionalização no âmbito do SUS de portarias do Ministério da Saúde (MS), pois o REHUNA é o marco transitório para um novo modelo de assistência obstétrica. A partir desta transição as práticas de violação de direito e de violência no parto passam a ser criminalizadas. Essas violências são reconhecidas, hoje como violência obstétrica.

No quarto capítulo serão apresentados os resultados das análises bibliográficas das produções encontradas. Foram encontrados apenas dois artigos que abordaram a violência obstétrica contra as mulheres negras. Então, este resultado nos mobilizou para outra reflexão sobre o tema, o silenciamento, no campo da produção científica, sobre a violência obstétrica contra as mulheres negras. Finalmente apresentamos as considerações finais.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA AS MULHERES NEGRAS

Neste capítulo situamos o leitor a partir de quais perspectivas teóricas fundamentamos a análise da violência obstétrica contra as mulheres negras. As teorias aqui expostas nos auxiliaram na aproximação e compreensão do fenômeno em estudo.

2.1 RELAÇÕES RACIAIS E DE GÊNERO NA SOCIEDADE DE CLASSES

As relações raciais foi um dos campos de estudo que guiou esta investigação, uma vez que o tema deste TCC é a violência obstétrica contra as mulheres negras. Como afirma Ianni (2004) as relações raciais estão enraizadas na vida social, e, portanto, foi fundamental entender a dialética destas relações para que pudéssemos compreender como se configura a violência obstétrica contra as mulheres negras, pois essas mulheres carregam o marcador racial como um dos elementos que as tornam potenciais vítimas desta violação. Logo, para nos aproximar do tema desta investigação foi necessário entender como se configuram as relações raciais, principalmente no Brasil.

Segundo Ianni (2004) “a raça, a racialização e o racismo são produzidos na dinâmica das relações sociais”, a partir das implicações políticas econômicas e sociais, e são produtos da própria sociabilidade humana, em que estes fazem parte de uma técnica política que garante a articulação sistêmica em que se fundam as estruturas de poder. Nesse sentido, criticamos posições de intelectuais que defenderam o conceito de raça e seus derivados baseados na perspectiva biológica. Por esse motivo, neste trabalho, compreendemos a raça como uma construção social.

A “raça” não é uma condição biológica como a etnia, mas uma condição social, psicossocial e cultural, criada, reiterada e desenvolvida na trama das relações sociais, envolvendo jogos de forças sociais e progressos de dominação e apropriação. Racionalizar uns e outros, pela classificação e hierarquização, revela-se inclusive uma técnica política, garantindo a articulação sistêmica em que se fundam as estruturas de poder. Racializar ou estigmatizar o “outro” e os “outros” é também politizar as relações cotidianas, recorrentes, em locais de trabalho, estudo e entretenimento; bloqueando relações, possibilidades de participação, inibindo aspirações, mutilando práxis humana, acentuando a alienação de uns e outros, indivíduos e coletividades (IANNI, 2004, p.23).

Ainda de acordo com o autor, um dos elementos para a configuração da raça como categoria social está nas características ou marcas fenotípicas, que vão fazer com

que os indivíduos sejam identificados, classificados, hierarquizados, priorizados ou subalternizados, que com o passar do tempo acaba se transformando em estigmas.

Aos poucos, o traço, a característica ou a marca fenotípica transfigura-se em estigma. Estigma esse que se insere e se impregna nos comportamentos e subjetividades, formas de sociabilidade e jogos de forças sociais, como se fosse “natural”, dado, inquestionável, reiterando-se recorrentemente em diferentes níveis das relações sociais, desde a vizinhança aos locais de trabalho, da escola à igreja, do entretenimento ao esporte, das atividades lúdicas às estruturas de poder (IANNI, 2004, p.24).

Concordamos com a citação acima e ampliamos para o campo da saúde, espaço no qual a população negra vivencia particularidades no cuidado e atenção a sua saúde no SUS. Por isso o espaço dos serviços reproduz a sociabilidade burguesa alicerçada no patriarcado e no racismo estrutural na situação de pobreza. Esses determinantes são responsáveis em reproduzir esses estigmas sociais. Por essa razão, dedicamos nesse estudo compreender o debate das relações raciais dentro do campo da saúde.

Refletir sobre a racialização foi extremamente importante no processo investigativo, pois possibilitou entender que a raça e o racismo são elementos sistêmicos da sociedade capitalista. Desta forma, foi possível compreender que o racismo é um dos elementos estruturais das relações sociais e, portanto das relações de poder. Logo, ao refletimos sobre o acesso de uma mulher negra a assistência obstétrica não podemos negligenciar os efeitos do racismo neste corpo negro feminino.

Por esse motivo, a categoria raça foi um elemento de atenção nesta investigação, compreendendo que esse marcador traz a essa mulher negra outros arranjos no seu acesso a assistência obstétrica, mas podemos ampliar, também, que o racismo afetará o seu acesso a saúde em geral.

Contudo, esta análise não foi desvinculada das categorias gênero e classe, pois consideramos essas duas categorias também essenciais para compreendermos a violência obstétrica contra as mulheres negras. Nesse sentido, os estudos sobre as condicionantes entre gênero², raça e classe na vida das mulheres negras nos auxiliaram nesta investigação.

² Adotamos nesse trabalho a concepção de gênero como um construto social e uma variável teórica, como afirma CARNEIRO (2003), mas que não pode ser dissociada da variável racial para a análise da violência obstétrica contra as mulheres negras.

Carneiro (2003), afirma que a necessidade de articular o racismo com as questões mais amplas das mulheres surgiu com as condições históricas da variável racial, responsável em produzir gêneros subalternizados.

Em face dessa dupla subvalorização, é válida a afirmação de que o racismo rebaixa o status dos gêneros. Ao fazê-lo, institui como primeiro degrau de equalização social a igualdade intragênero, tendo como parâmetro os padrões de realização social alcançados pelos gêneros racialmente dominantes. Por isso, para as mulheres negras atingirem os mesmos níveis de desigualdades existentes entre homens e mulheres brancos significaria experimentar uma extraordinária mobilidade social, uma vez que os homens negros, na maioria dos indicadores sociais, encontram-se abaixo das mulheres brancas (Carneiro, 2003, p. 119).

Porém, essa desigualdade intragênero não era uma pauta do movimento feminista brasileiro, que tinha nesta época um viés eurocentrista. Assim, a constatação de que existia um distanciamento da identidade de gênero com a solidariedade racial intragênero fez com que as mulheres negras enfrentassem no interior do movimento feminista as contradições e desigualdades que o racismo produz entre as mulheres. Contudo, ao mesmo tempo, fez com que as mulheres negras colocassem como uma exigência dentro do seu grupo racial as dimensões de gênero. Assim, o gênero é instituído como um elemento estruturante das desigualdades raciais na agenda do movimento negro brasileiro (CARNEIRO, 2003).

Por esse motivo, escolhemos também compreender, brevemente, como foi constituído o processo de estruturação do movimento feminista negro brasileiro e como são colocadas as questões entre raça, classe e gênero para entender quais especificidades de um corpo negro feminino que tem essas três opressões como determinantes em sua vida. Consideramos também o movimento de mulheres negras como um dos protagonistas na luta pela saúde da população negra e por isso foi de extrema relevância conhecer quais foram às teorias que influenciaram esse movimento e como se articulou nesta luta.

2.1.1 Relações raciais no pensamento brasileiro: das teorias raciais a o pensamento de Gilberto Freyre

Não podemos iniciar esta reflexão sem falar das teorias raciais do século XIX que foram a mola propulsora do racismo no campo científico na saúde. Cabe ressaltar, que o saber científico médico irá negar a tradição afro-brasileira e transformará o corpo negro em objeto da ciência ocidental. Segundo Oliveira (2003), a primeira sistematização das raças foi feita pelo naturalista sueco Karl Von Linné (Linneu, 1707-1778), em 1738, considerado o criador do atual sistema de classificação³. Esse sistema classifica os humanos em *Homo sapiens*. Porém, esta classificação foi extensiva: Lineu dividiu também o *Homo sapiens* por localização geográfica e subdividiu a espécie humana em africanos, americanos, asiáticos e europeus, mas os critérios geográficos ainda não eram suficientes, então Lineu adotou também critérios culturais, como afirma Oliveira (2003):

Mas a ânsia classificatória de Linneu não se conteve. Aos critérios puramente geográficos, agregou critérios culturais. O africano foi considerado astuto, vagaroso, negligente e governado pelo capricho; o americano era tenaz, satisfeito, livre e governado pelos bons costumes; o asiático era severo, ativo, mesquinho e governado pela opinião; o europeu era descuidado, vivaz, inventivo e governado pelos ritos (p.57).

Mais tarde, Blumenbach⁴ instituiu a cor da pele como um demarcador entre as raças. Segundo o autor, as raças eram divididas em cinco tipos: branca ou caucasiana; negra ou etiópica; amarela ou mongólica; parda ou malaia; e vermelha ou americana. No século XIX foram agregados outros quesitos fenotípicos, como o tamanho da cabeça e a fisionomia (OLIVEIRA, 2004).

De acordo com Oliveira (2003), para discorrer, conhecer e estabelecer debates sobre a população negra e a saúde é necessário conhecer, mesmo que de forma geral, as bases do darwinismo social⁵ e da eugenia, pois os referidos conceitos foram pilares no

³ Linneu denominou os seres humanos de *Homo sapiens* (vocábulo latino que significam, respectivamente: homem e sábio) e alocou-os no topo do reino animal, para indicar superioridade sobre os demais animais.

⁴ Blumenbach, alemão, fundador da antropologia.

⁵ O darwinismo social é um produto ideológico baseado na teoria científica elaborada pelo naturalista inglês Charles Darwin.

Brasil e tais ideias sustentaram a teoria do embraquecimento⁶. Segundo Oliveira (2003), muitos autores compartilham da opinião de que a meta da teoria do embranquecimento é ser com certeza um ideal eugênico⁷.

Oliveira (2003), em seu trabalho, também contextualiza⁸ o processo de desenvolvimento do pensamento eugenista aqui no Brasil. A autora afirma que os estados da Bahia, Rio e Recife foram polos da eugenia no Brasil, tendo o estados da Bahia e Rio de Janeiro como os mais expoentes da disseminação dessa teoria. No Rio de Janeiro, a escola de medicina voltou-se para o combate das epidemias que se alastravam no país e a escola de medicina na Bahia concentrou sua atenção, em primeiro lugar, aos casos de criminologia, onde as teses sobre medicina legal predominavam (SCHWARCZ, 1996) tendo como liderança desses estudos o médico e sociólogo Nina Rodrigues⁹ que apoiou seu trabalho nos estudos lombrosianos¹⁰.

Sob a liderança de Nina Rodrigues, a faculdade baiana passou a seguir de perto os ensinamentos da escola de criminologia italiana, que destacava os estigmas próprios dos criminosos: era preciso reservar o olhar mais para o sujeito do que para o crime. Para esses cientistas, não foi difícil vincular os traços lombrosianos ao perfil dos mestiços - tão maltratados pelas teorias da época - e aí encontrar um modelo para explicar a nossa "degeneração racial". Os exemplos de embriaguez, alienação, epilepsia, violência ou amoralidade passavam a comprovar os modelos darwinistas sociais em sua condenação do cruzamento, em sua alerta a "imperfeição da hereditariedade mista". Sinistra originalidade encontrada pelos peritos baianos, o "enfraquecimento da raça" permitia não só a exaltação de uma especificidade da pesquisa nacional, como uma identidade do grupo profissional (SCHWARCZ, 1996 p. 92).

Após chegarem a essa conclusão, de um possível perfil do criminoso, os médicos passaram a criticar também o Código Penal, alegavam que era impossível existir igualdade de direitos sem que houvesse igualdade na evolução (SCHWARCZ, 1996). Era notório neste período a disseminação das ideias socialdarwinistas eugênicas e a vertente lombrosiana no Brasil. Tudo isso, fundamentada pela intelectualidade brasileira na área da literatura, na pesquisa social, nas escolas de direito e na medicina.

⁶ Suposta base científica do que se conhece hoje como democracia racial.

⁷ A teoria eugenista buscou produzir uma seleção nas coletividades humanas, baseada em leis genéticas.

⁸ A autora faz uma contextualização que engloba o desenvolvimento da teoria eugenista no mundo, mas aqui nos restringimos a trazer sua reflexão apenas na realidade brasileira.

⁹ Raimundo Nina Rodrigues foi um médico brasileiro que no final do século XIX buscou, entre outras coisas, desvendar os mistérios da mente e do espírito dos negros brasileiros a partir das teorias eugenistas.

¹⁰ Cesare Lombroso (1835-1909, psicopatologista e criminologista italiano), do criminoso nato.

As informações disponíveis sobre essa época no Brasil apontam para a certeza de que as figuras mais notáveis do mundo literário, jurídico, das ciências sociais e biológicas aceitavam que a mestiçagem representava um sério empecilho ao desenvolvimento do Brasil. Porque para eles a mestiçagem levava à “degeneração da raça”. A saída a ser buscada — por uma vertente higienista ou eugenista — era favorecer ou potencializar o embranquecimento da população brasileira (OLIVEIRA, 2003, p.75).

Foi dentro desse cenário que os ideais higienistas também vão sendo propagados. No século XX, o Estado brasileiro assume, com mais rigidez, o papel de regulador e normatizador do que se considerava higiene nesta época (OLIVEIRA, 2003), baseando-se no modelo higienista europeu, de cunho moralista, em que o Estado e a burguesia contaram com o auxílio do discurso médico para o controle dos pobres.

O antitabagismo, o antialcoolismo e a procura de uma política sanitária disciplinadora das condições de moradia dos pobres nos centros urbanos constituíam a paranóia das elites. O discurso higienizador dos médicos foi a ferramenta da burguesia para disciplinar a horda de pobres “anti-higiênicos”. Não é à toa que até hoje o “cheiro de pobre” e “a sujeira dos pobres” ainda parece ser uma verdade obrigatória e sinônimo de “desorganização social”, agente etiológico das doenças, e cabe aos médicos “controlar” esses *perigos!*(OLIVEIRA, 2003, p. 76)

Porém, no Brasil, na entrada do século XX com o forte processo de construção da nacionalidade, existiu um processo de descrédito do conceito de raça. Um dos marcos para esse momento transitório foi a obra de Gilberto Freyre, *Casa Grande e Senzala* (1933), que aborda a participação dos povos indígenas e negros na construção do Brasil. Este autor inicia um processo de deslocamento do desprestígio desses povos na sociedade brasileira, no qual, há uma ressignificação na ciência e no pensamento social e político naquela época (GUIMARÃES, 1999).

Assim, o uso do termo raça passou a ser considerado como sinônimo de ignorância e racismo, sendo deixado de lado pelas ciências sociais, como também pelo senso comum. Restando a cor da pele o papel de designar quem eram os brancos, os pardos e os pretos. Foi através deste sentimento de total negação a categoria raça, com o movimento “anti-racialista”, que se abriram alas para a chamada “democracia racial”¹¹

¹¹ Democracia Racial, a rigor, significa um sistema racial desprovido de qualquer barreira legal e/ou institucional para a igualdade racial, um sistema racial desprovido de qualquer manifestação de preconceito ou discriminação (DOMINGUES, 2005, p.116).

passando a se configurar como um dogma do Estado brasileiro no período da ditadura militar (GUIMARÃES, 1999).

Domingues (2005) ao analisar¹² o processo de construção do mito da democracia racial elenca quatro elementos históricos que fizeram parte da construção desse mito: 1) a literatura produzida pelos viajantes que visitaram o Brasil; 2) a produção da elite intelectual e política; 3) o movimento abolicionista; 4) o processo de mestiçagem (DOMINGUES, 2004).

De acordo com Schwarcz (1996), é na década de trinta que começa a se intensificar, no Brasil, certa posituação da ideia de mestiçagem, mas acabou sendo Gilberto Freyre em sua obra o responsável em oficializar esse mito.

Coube a Gilberto Freyre, em *Casa Grande & Senzala* (1930), de alguma maneira oficializar essa imagem dispersa. Sobretudo nessa obra, a mestiçagem aparece como o "grande caráter nacional", que interfere não apenas na conformação biológica da população, mas, sobretudo, na produção cultural que nos singulariza. Inventor do famoso mito da democracia racial brasileira, Freyre de fato "adocicava o ambiente" ao priorizar certa história sexual brasileira, em detrimento de uma análise cuidadosa das contradições existentes nessa sociedade tão marcada pela escravidão (SCHWARCZ, 1996, p.98).

Sobre o papel social da mulher negra, Gilberto Freyre também traz algumas considerações em sua obra, que ajudam a entender esse papel. Em *Casa Grande Senzala*, ele retrata a sociedade colonial brasileira. Porém, retrata a relação entre negros e brancos de forma muito harmônica, quase como se não houvesse conflito, postura que foi, posteriormente, muito criticada. Na mesma obra, Gilberto Freyre aborda às especificidades da mulher negra, trabalhando os estereótipos atribuídos a essas mulheres, como um resultado de todo um processo de escravização e apropriação deste corpo negro feminino. Estereótipos personificados na "negra velha" e "mulata" (SANTOS 2017).

No período da escravidão a negra idosa era a responsável pela esfera doméstica, cuidados dos filhos da Casa-Grande e da culinária da casa, enquanto a jovem mucama realizava os afazeres domésticos, mas também satisfazia aos desejos sexuais do senhor. Freyre (1933) considera que essas mulheres estabeleceram um laço afetivo-sexual que teria apaziguado as tensões raciais (SANTOS, 2017, p.2).

¹² Ver DOMINGUES, Petrônio. *Diálogos Latinoamericanos*; Aarhus C. Iss. 10, (2004): 116-132.

De acordo com Pacheco (2008) muitos autores criticam a obra de Gilberto Freyre, por consolidar uma representação da sensualização e afetividade dos índios e negros de forma estereotipada. Especialmente da representação do papel da mulher negra/mestiça. Onde esta, é vista como um objeto de desejo sexual. As críticas são direcionadas também para representação passiva das mulheres negras nas relações de reciprocidade racial-sexual-afetiva entre os negros e brancos, esse papel anula o papel ativo que as mulheres negras desempenharam nas lutas de resistência contra a escravidão e a dominação patriarcal (PACHECO, 2008).

A própria figura da Mãe-Preta abordada na obra freyriana é contraposta por Gonzalez (1984). Para a autora, é única “colher de chá” dada em sua obra a figura da mulher negra, quando a mãe-preta é vista como uma boa figura e vira gente. No entanto, esta figura só é representada de forma “positiva” por ser representada a partir de um papel passivo e por ter uma “boa” relação com a casa grande. Contudo, Gonzalez (1984) desmitifica este papel passivo empregado a mãe.

O que a gente quer dizer é que ela não é esse exemplo extraordinário de amor e dedicação totais como querem os brancos e nem tampouco essa entreguista, essa traidora da raça como quem alguns negros muito apressados em seu julgamento. Ela, simplesmente, é a mãe. É isso mesmo, é a mãe. Porque a branca, na verdade, é a outra. Se assim não é, a gente pergunta: que é que amamenta que dá banho, que limpa cocô, que põe prá dormir, que acorda de noite prá cuidar, que ensina a falar, que conta história e por aí afora? É a mãe, não é? Pois então. Ela é a mãe nesse barato doido da cultura brasileira. Enquanto mucama, é a mulher; então “bá”, é a mãe. A branca, a chamada legítima esposa, é justamente a outra que, por impossível que pareça, só serve prá parir os filhos do senhor. Não exerce a função materna. Esta é efetuada pela negra. Por isso a “mãe preta” é a mãe (p.235).

Guimarães (1999) faz uma análise de como se desenhou no Brasil, a redução do anti-racismo ao anti-racialismo e de como o movimento anti-racialista passou a negar o fato da discriminação e das desigualdades sociais que estavam, naquele período, em uma crescente no Brasil tornando-se, assim, uma ideologia racista por si só. Pois a função que ela exercia era a de negar a ordem discriminatória e das desigualdades raciais realmente existentes.

Foi justamente a função obscurecedora do anti-racialismo que passou a incomodar cada vez mais a população negra, sobretudo aquela fatia que nunca quis ser embranquecida, e referida, em nossa terminologia cromática, por palavras como "escuros", "morenos", "roxinhos" e tantas outras, que denotam alguma desvantagem. Esta tensão entre um ideário

anti-racista, que corretamente negava a existência biológica das raças, e uma ideologia nacional, que negava a existência do racismo e da discriminação racial, acabou por se tornar insuportável para todos e insustentável pelos fatos (GUIMARÃES, 1999, p. 153).

E foi a partir deste obscurecimento das discriminações e desigualdades raciais que surgiu, novamente, a necessidade de teorizar a categoria “raça”, mas agora como uma construção social, baseada em uma identidade biológica errada, mas que foi eficaz para construir, manter e reproduzir privilégios entre as raças (GUIMARÃES, 1999).

Guimarães (1999), afirma que a história recente da teorização da raça é datada em 1970, quando Nelson do Valle e Silva (1978) e Carlos Hasenbalg (1979) defenderam suas teses problematizando o fenômeno das crescentes desigualdades sociais entre brancos e negros no país. Quando são recuperados os trabalhos de Roger Bastide e Florestan Fernandes (1955), Thales de Azevedo (1996 [1955]), Luiz de Aguiar Costa Pinto (1998 [1953]) e outros que, nos anos 1950, se debruçaram sobre as relações entre classes e grupos negros no Brasil. Para o autor, os estudos se proliferaram, fazendo surgir novas questões sobre a situação do negro no Brasil em diferentes campos: em termos de renda; emprego, residência, educação e etc. (GUIMARÃES, 1999).

Assim, foi importante trazer essas breves considerações para entendermos o quanto a ciência trabalhou constantemente para a estratificação das raças. Tendo no “racismo científico” um legitimador a partir de diferentes perspectivas, da inferioridade biológica da população negra e com o mito da democracia racial, formou-se uma cortina que tentou esconder essas desigualdades e os preconceitos existentes no Brasil. Portanto, para pensar o campo da saúde e o acesso da população negra, é necessário refletir sobre toda essa herança das teorias e práticas aqui citadas, pois elas influenciaram esse campo e trouxeram implicadores até os dias atuais no campo da saúde.

2.1.2 Enegrecendo o feminismo e feminilizando a raça: surge um novo paradigma no campo feminista e antirracista

O lugar em que nos situamos determinará nossa interpretação sobre o duplo fenômeno do racismo e do sexismo. Para nós o racismo se constitui como a sintomática que caracteriza a neurose cultural brasileira. “Nesse sentido, veremos que sua articulação com o sexismo produz efeitos violentos sobre a mulher negra em particular” (GONZALEZ, 1984).

A epígrafe acima retrata o pensamento de Lélia Gonzalez (1984), através do qual iremos construir uma ordem cronológica de produções brasileiras que neste período já abordam e denunciam as especificidades da mulher negra. No texto *Racismo e sexismo na cultura brasileira*, considerado por nós um texto emblemático¹³, Gonzalez (1984) discute questões sobre o racismo e o sexismo na cultura brasileira, problematizando as identidades atribuídas a mulher negra historicamente no Brasil de *mucama, doméstica e mãe preta*¹⁴ para refletir sobre os papéis sociais ocupados pela mulher negra na sociedade brasileira.

Para abordar o racismo e sexismo Gonzalez (1984) utiliza-se da psicanálise, principalmente para trabalhar com a categoria do racismo, que para ela se configura como a sintomática que caracteriza a *neurose cultural brasileira*.

Ora, sabemos que o neurótico constrói modos de ocultamento do sintoma porque isso lhe traz certos benefícios. Essa construção o liberta da angústia de se defrontar com o recalçamento. Na verdade, o texto em questão aponta para além do que pretende analisar. No momento em que fala de alguma coisa, negando-a, ele se revela como desconhecimento de si mesmo (GONZALEZ, 1984, p.232).

Para Gonzalez (1984), esse ocultamento acaba por negar o status de sujeito da mulher negra. O termo *ocultamento* trabalhado por ela foi de extrema relevância para as análises investigativas, porque esse status de não sujeito da mulher negra pode ser considerado até os dias atuais. E, pensando nas mulheres negras vítimas de violência

¹³Lélia Gonzalez apresentou o texto *Racismo e sexismo na cultura brasileira* no IV Encontro Anual da Associação Brasileira de Pós-graduação e Pesquisa nas Ciências Sociais, Rio de Janeiro, em 1980.

¹⁴Ver GONZALEZ, Lélia. *Racismo e sexismo na cultura brasileira*. Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 1984, p. 223-244

obstétrica, essa condição pode ser um ponto a ser levado em consideração na análise dessa violência.

Outra autora importante para desconstrução do lugar de subalternidade da mulher negra na sociedade brasileira é Sueli Carneiro. Carneiro (2011), afirma que a violação colonial sob a base do estupro contra as mulheres negras e indígenas junto à miscigenação racial deram origem a todas as identidades nacionais. Essa violência sexual colonial foi responsável, também, em estruturar as hierarquias de gênero e raça presentes nas sociedades (CARNEIRO, 2011).

O que poderia ser considerado como história ou reminiscências do período colonial permanece, entretanto, vivo no imaginário social e adquire novos contornos e funções em uma ordem social supostamente democrática, que mantém intactas as relações de gênero segundo a cor ou a raça instituídas no período da escravidão. As mulheres negras tiveram uma experiência histórica diferenciada que o discurso clássico sobre a opressão da mulher não tem reconhecido, assim como não tem dado conta da diferença qualitativa que o efeito da opressão sofrida teve e ainda tem na identidade feminina das mulheres negras (p.1).

Para exemplificar essa distinção das mulheres negras, Carneiro (2011) traz o mito da fragilidade feminina, que para as mulheres negras nunca coube, pois, para essas mulheres, em sua maioria, não existe em si o reconhecimento desse mito. Mito este que justificou historicamente a proteção paternalista dos homens brancos para com as mulheres brancas.

Fazemos parte de um contingente de mulheres que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas, como vendedoras, quituteiras, prostitutas... mulheres que não entenderam nada quando as feministas disseram que as mulheres deveriam ganhar as ruas e trabalhar! Fazemos parte de um contingente de mulheres com identidade de objeto. Ontem, a serviço de frágeis sinhazinhas e de senhores de engenho tarados (CARNEIRO, 2011, p.2).

Assim, em seu texto Carneiro (2011) traz questões, principalmente para grupos feministas não negros, sobre como as mulheres negras são originárias de uma cultura violada, folclorizada e marginalizada, mulheres que são ignoradas pelo sistema de saúde na sua especificidade. Por esses motivos, para as mulheres negras é necessária uma perspectiva feminista em que o gênero não seja separado de outras formas de opressões. São essas especificidades que fazem com que o feminismo negro tenha como seu

principal eixo articulador o racismo e seus impactos nas relações de gênero, pois o racismo é o responsável e o determinante nas hierarquias de gênero nas sociedades (CARNEIRO, 2011).

De acordo com Carneiro (2011), a unidade na luta entre as mulheres não está apenas na superação das desigualdades produzidas pelo machismo, exigindo também a superação de ideologias complementares que constitui esse sistema de opressão, e o racismo é um deles, por ser responsável em estabelecer a inferioridade social dos grupos negros, em particular das mulheres negras, tema de nosso estudo. É esse novo olhar feminista e antirracista que agrega as tradições de lutas do movimento negro e do movimento feminista que estrutura o movimento feminista negro, pois traz para a cena política as contradições, que são resultado da relação entre as três categorias gênero, raça e classe, trazendo uma síntese nas bandeiras de lutas do movimento negro brasileiro e o movimento feminista brasileiro (CARNEIRO, 2011).

Para compreender esta forma diferenciada de produção do conhecimento e mobilização política do movimento de mulheres negras, recorreremos à contribuição de Santos (2007), quando aborda a organização social e política do movimento feminista negro. A autora trabalha com a identificação e análise dos elementos que conformam o que a própria autora denomina como “feminismo negro diaspórico”.

Santos (2007) pontua, utilizando os estudos de CURIEL (2003) e WERNECK e DACACH (2004), que o diversos grupo deste feminismo tem apresentado como ponto comum das análises políticas e teóricas a questão das múltiplas dimensões da experiência das mulheres negras, ou seja, da articulação dos marcadores de gênero, “raça”, classe e sexualidade na vida dessas mulheres.

Assim, um dos elementos destacado por Santos (2007), é a centralidade da experiência de opressões das mulheres negras, sendo ele comum entre essas distintas correntes feministas afro descendentes e que vai marcar a tradição intelectual e política desses grupos. Foi considerando a categoria experiência, que também trabalhamos nesta investigação, na qual, compreendemos que as mulheres negras vivenciam experiências distintas que influenciam seu acesso a saúde e a assistência obstétrica. Em seu trabalho, a autora referencia-se a partir de estudos que trabalham com a categoria experiência como um recurso instrumental da produção do conhecimento.

Outro elemento trabalhado por Santos (2007), que destacaremos aqui nesse TCC, é o conjunto de fatores que compõem o legado de lutas das mulheres negras contra a opressão. Ela aborda “que ao nascer, essas mulheres negras já encontram uma realidade preexistente, que é contínua, estrutural e histórica, condições estas que tem determinado os objetos de resistência das mulheres negras”. Assim, a autora destaca ancorada no estudo realizado por Appiah (1999), quatro temáticas que influenciam o modo de escrever de mulheres afro descendentes: “(1) O legado da luta contra o racismo, o sexismo e a exploração de classe; 2) a busca por voz ou a recusa das mulheres negras em manter-se silenciadas; 3) a impossibilidade de separar a questão da análise intelectual do ativismo político; 4) o empoderamento¹⁵ no contexto da vida cotidiana.

Nessa perspectiva, nos referenciamos no trabalho de algumas produções teóricas do movimento feminista negro, as quais nos ajudaram a compreender com mais profundidade as especificidades das mulheres negras. Além disso, o movimento feminista negro além de produzir conhecimento que nos ajuda a pensar essa mulher negra, nos ensina também uma forma diferenciada de articulação política com pautas objetivas para a vida dessas mulheres. Um bom exemplo disso é o próprio desenvolvimento do campo político e de produção do conhecimento acerca da saúde da população negra, que contou com o protagonismo das mulheres negras nessa agenda de lutas. Por esse motivo, dedicamos neste capítulo, discutir, também, o protagonismo do movimento de mulheres negras para efetivação de uma política pública em saúde da população negra.

2.2. SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO Á UMA AGENDA POLÍTICA

É importante destacar que a saúde da população negra se configura, no Brasil, como um campo de estudos, pesquisas e assistência que auxiliaram e auxiliam na legitimidade política das demandas específicas desta população no campo da saúde (OLIVEIRA, 2003). Esse campo integra conhecimentos da sociologia, antropologia, ciência política e etc., com outras áreas de conhecimento ligadas a saúde. Tem como

¹⁵ O termo empoderamento utilizado no texto de Sônia Santos (2007) vai considerar que apesar da relevância do uso do empoderamento das mulheres negras no sentido individual, é numa prática coletiva, através do qual, essas mulheres combatem as desigualdades sociais, econômicas e políticas.

objetivo compreender como o racismo opera no processo saúde doença, bem como reconhece a herança cultural dos povos africanos e afro-brasileiros.

Oliveira (2003) afirma que é a partir da década de 1990 que a luta pela saúde da população negra ocorre de forma mais organizada, movimento este que foi construído por muitas pessoas de diferentes setores. Apesar disso, existia um número reduzido de ativistas e pesquisadores (as) que exerciam pressões políticas nas escolas de saúde e no Estado. Como resultado desse processo, a autora destaca que até meados da década de 1990, com exceção da anemia falciforme, não havia outra doença que tinha seu recorte étnico/racial reconhecido¹⁶ (OLIVEIRA, 2003).

2.2.1 Breve Contextualização

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e da ditadura do Estado Novo, inaugurou-se uma experiência democrática no Brasil de 1946 a 1964. Junto com essa experiência, surge também o otimismo sanitário internacional no combate às doenças endêmicas. Nesse sentido, foram criadas diversas iniciativas com a intenção de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. Porém, o golpe militar de 1964 barrou a expansão desse movimento sanitarista. Assim, o regime autoritário passou a investir no processo de privatização da saúde. É só na década de 1980, com o movimento da Reforma Sanitária, foi legitimado no plano constitucional o projeto de universalização da saúde, “[...] legitima-se no plano constitucional o projeto de universalização do acesso à saúde, corporificado no Sistema Único de Saúde (SUS) em contexto de democratização do país” (MAIO; MONTEIRO, 2005, p. 421).

Importante ressaltar que a tradição sanitarista brasileira continuou a não estabelecer em sua agenda de lutas a temática racial. Segundo MAIO e MONTEIRO (2005) só no alvorecer do século XXI as relações entre raça e saúde são levadas a cena pública, através da proposta da criação de uma política focal direcionada a população negra, a partir de uma agenda pautada por ONGs vinculadas ao movimento negro, além de outros setores sociais:

¹⁶ Só em julho de 2001 é disponibilizado, na internet, o Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afrodescendente

Esta se baseia na concepção de que as desigualdades raciais repercutem de forma específica na esfera da saúde pública e, por conseguinte, devem ser objeto de ação governamental para superá-las. Com base numa articulação que envolve ONGs vinculadas ao movimento negro, agências estatais, fundações filantrópicas norte-americanas, instituições multilaterais e fóruns internacionais, especialmente no plano dos Direitos Humanos, a nova política anti-racista surge no contexto da discussão sobre políticas de ação afirmativa no Brasil, iniciada nos anos 90”(MAIO; MONTEIRO, 2005, p. 421).

Segundo Oliveira (2003), é a partir dos anos 1980 que é datada a primeira experiência de inserção da questão racial na saúde no âmbito governamental. Foi quando o Movimento Negro busca institucionalizar suas intervenções por meio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Nesse mesmo período, a relação entre raça e saúde passa também a ser discutidas no campo da produção científica. Todas as produções tinham como objetivo reconhecer um perfil de saúde e bem-estar desfavorável para a população negra, como pode ser observado em diversos indicadores de morbidade e de mortalidade. Contudo, é só a partir de 1995 que o governo federal institui o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra (GTI), em resposta às demandas da *Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida*¹⁷. Esse grupo de trabalho buscou implementar as recomendações do movimento negro, mas como salienta a autora, poucas foram realizadas (OLIVEIRA, 2003).

Outro ponto importante nesse processo de implementação das demandas relacionadas à questão racial no campo da saúde, foram os estudos que consideravam além do local de residência, as variáveis de sexo e raça. Estudos que foram essenciais para traçar o perfil epidemiológico da população (OLIVEIRA, 2003).

A partir da década de 1990 algumas ações voltadas para a saúde da população negra são desenvolvidas pelo governo. Oliveira (2003) esquematiza em sua produção essas ações algumas delas foram: Quesito cor, Definição do Ministério da Saúde, de março de 1996; Norma de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, outubro de 1996 (inclusão do quesito cor); Pré-Conferência Cultura & Saúde da População Negra Realizada em Brasília, 13, 14 e 15 de setembro de 2000, promovida pela Fundação

¹⁷ Marcha realizada em Brasília, DF, em 20 de novembro de 1995, por ocasião dos 300 anos da imortalidade de Zumbi dos Palmares.

Cultural Palmares e Ministério da Saúde; Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde Aprovado em agosto de 1996 (OLIVEIRA, 2003).

De acordo com Maio e Monteiro (2005) a formação de um campo da saúde voltada a população negra ocorreu no momento do debate do racismo e a formulação de programas de ação afirmativa, momento de grande visibilidade destas questões na cena brasileira, quando começa-se a desenhar uma política para a população negra.

Trata-se da construção de uma política setorial, com recorte racial, gerador de um processo de diferenciação e de busca de legitimação – no âmbito da saúde pública – dos agravos sofridos pelos negros. A criação dessa distinção requer a produção de especificidades, de características próprias à ‘raça negra’. Esse processo em curso tem seu ponto de partida no mandato inicial de Fernando Henrique Cardoso, quando se operou uma primeira inflexão com o reconhecimento oficial de sua existência no país. Nesse contexto, houve o encontro entre demandas do ativismo negro e um presidente da República sensível à questão racial, resultando no surgimento do Grupo de Trabalho Interministerial Para a Valorização e Promoção da População Negra (MAIO; MONTEIRO, 2005, p. 438).

Apesar de algumas iniciativas do movimento feminista e, em particular, de lideranças negras, que foram desenvolvidas a partir da década de 1980, com o objetivo de ressaltar especificidades raciais no âmbito da saúde reprodutiva, a proposta de uma política com recorte racial no campo da saúde pública só ganha visibilidade no governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) e principalmente após a 3ª Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, sob os auspícios da ONU, realizada em Durban, África do Sul, em 2001(MAIO; MONTEIRO, 2005).

Maio e Monteiro (2005) também afirmam que se nos anos 1980 a luta antirracista era marcada pela aliança entre movimento negro e cientistas sociais e que no início do século surge na cena novos atores que se posicionam a favor das políticas raciais, como agências do Estado, jornalistas, economistas e etc., diferentes setores passaram a se identificar com a pauta de políticas públicas racializadas. Porém, as ativistas negras tiveram papel decisivo devido a todo o seu acúmulo de experiência da luta feminista no campo da saúde reprodutiva (MAIO; MONTEIRO, 2005).

Após a conferência de Durban (2001), ações em variados campos foram desenvolvidas. No campo da saúde, foi realizada uma reunião que resultou em 2001 no

documento *Política Nacional da População Negra*, produzido por profissionais de diversas organizações internacionais, do movimento negro e de representantes universitários. Assim, começou a se desenhar uma política voltada para a população negra, produzida e justificada pelas evidências de que a discriminação racial leva a situações mais perversas de vida e de morte (MAIO; MONTEIRO, 2005).

O impulso definitivo para que a questão racial fosse incorporada nas ações de combate às iniquidades na saúde vieram com o Plano de Ação da Conferência Regional das Américas Contra o Racismo¹⁸. No texto do plano de ação, os governos da região requerem que a Organização Pan-Americana de Saúde “promova ações para o reconhecimento da raça/grupo étnico/gênero como variável significativa em matéria de saúde e que desenvolva projetos específicos para a prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas de ascendência africana” (OLIVEIRA, 2003).

Assim, os limites do SUS junto a todo esse acúmulo produzido por diversas movimentações políticas no campo da saúde, exigiram a elaboração de uma política focal voltada para as questões de saúde da população negra. Contudo, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) houve uma posição ambivalente no combate ao racismo, fazendo com que a implementação de ações para esse combate e para a criação da própria política acontecesse de forma tímida e limitada (MAIO; MONTEIRO, 2005). Porém, com a eleição de Lula em 2003, ampliam-se os horizontes para implementação de uma política de saúde voltada para a população negra. Ainda sobre os efeitos da conferência de Durban (2001), junto às vinculações do Partido dos Trabalhadores com os movimentos sociais, foi criada Secretaria Especial de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (SEPPIR) no primeiro semestre de 2003 (MAIO; MONTEIRO, 2005). Resultando em um processo em que as questões raciais e a saúde passam a ter mais visibilidade na cena brasileira.

Paralelamente, as interfaces entre aspectos étnico-raciais e saúde ganham crescente visibilidade no debate sobre as desigualdades sociais no Brasil. Para ficar apenas num exemplo, devem-se destacar as publicações e informes da Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, constituída pela articulação do movimento de mulheres do Brasil, que permite múltiplas evidências da presença do tema nas notícias da imprensa (jornais de circulação nacional); em eventos (seminários, palestras, audiências públicas) promovidos por organizações da sociedade civil, instituições acadêmicas e por agências estatais nas áreas do ensino, saúde e cultura; em publicações diversas

¹⁸ Conferência realizada no final de 2000 em Santiago, Chile.

(livros, boletins e revistas de divulgação científica), assim como em concursos de teses, prêmios e linhas de financiamento para projetos (MAIO; MONTEIRO, 2005, p. 429).

Para Oliveira (2003) a constituição de uma Política Nacional de Saúde da População Negra buscaria romper os elos da saúde com os efeitos acumulados da realidade socioeconômica da população negra no Brasil. Pois estes elos garantem a continuidade da precária situação desta população.

[...] sua implementação reafirmaria a universalidade, a integralidade e a equidade como princípios basilares do SUS, requerendo, nos três níveis de governo, uma abordagem integrada às rotinas dos serviços de saúde, desde que observadas as especificidades da população negra e a sua diversidade interna quanto a idade, sexo e situação socioeconômica (p.272).

A autora ainda destaca quatro elementos¹⁹ que deveriam basear essa política nacional, que seriam interdependentes, interligados e complementares: Produção do conhecimento científico; Capacitação dos profissionais de saúde; Informação da população; Atenção à saúde. Esses componentes seriam essenciais para a implementação da Nacional de Saúde da População Negra.

Importante pontuar neste trabalho, que todas as obras utilizadas aqui foram publicadas muito antes da concretude da política, mas já trabalhavam na narração de todo um movimento, com diferentes correntes, do que viria se tornar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra apenas no ano 2013. Trouxemos para o texto essas breves considerações do que foi todo esse movimento, para compreendermos que a pauta do debate da questão racial na saúde é histórica e contou com muitos momentos para que existisse hoje uma política voltada para a população negra e que essas conquistas aconteceram na história de forma gradual e por muitas vezes lenta.

O que podemos concluir com esta contextualização é que a racialização da saúde foi um movimento expressivo na história brasileira, mas que a concretude desse movimento ainda é muito recente, tendo uma política específica só em 2013, mas que

¹⁹ A autora detalha os quatros elementos em seu texto. Ver OLIVEIRA, Fátima Saúde da população negra: Brasil ano 2001 / Fátima Oliveira – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

gerou um acúmulo expressivo sobre a saúde da população negra no Brasil, em diferentes âmbitos, seja no âmbito dos movimentos sociais, seja no âmbito acadêmico e governamental.

2.2.2 Protagonismo do movimento de mulheres negras na formulação de políticas públicas e combate ao racismo institucional

No processo de estruturação do campo da saúde da população negra, alguns documentos nos possibilitou desenhar uma ordem cronológica das agendas de lutas para essa estruturação, alguns, inclusive, já citados neste capítulo. No entanto, gostaríamos de destacar o período da década de 1980 a 1990, momento em que o movimento de mulheres negras impulsionou uma forte movimentação política a partir do debate da raça no campo da saúde. Resultando em algumas produções e documentos produzidos pelo movimento de mulheres negras que auxiliaram no desenvolvimento e consolidação deste campo.

Conforme aborda Carneiro (2003), dentre as muitas contribuições do feminismo negro e do movimento de mulheres negras, a temática da saúde e dos direitos reprodutivos na agenda de luta antirracista, teve seu lugar privilegiado. A temática da esterilização também ocupou lugar na agenda política das mulheres negras. Outro tema relevante nessa agenda de luta das mulheres negras na área da saúde foi a implantação de um programa de atenção a doença falciforme, Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde²⁰ (PAF-MS) (CARNEIRO, 2003).

Segundo Damasco, Maio e Monteiro (2012) no início dos anos 1980, como parte do processo de redemocratização do país, surge o primeiro órgão do governo voltado para as mulheres, o Conselho Estadual da Condição Feminina do Estado de São Paulo. Neste período, a temática da saúde ganha destaque entre as feministas, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). No entanto, nesse mesmo período, novas questões passam a ser discutidas. Inicia-se uma crítica ao feminismo ser liderado por mulheres brancas, urbanas e de classe média alta (DAMASCO, MAIO E MONTEIRO, 2012).

²⁰ No período da criação do programa a doença falciforme ainda possuía a nomenclatura de anemia falciforme.

Nesse momento as mulheres negras passam a questionar a ausência da temática racial no movimento e acontece o 3º Encontro Feminista da América Latina e do Caribe, que ocorreu em Bertioga, São Paulo, em 1985, que foi de extrema importância para a mobilização das mulheres negras.

Nesse evento, ativistas negras apresentaram suas demandas relativas à luta contra a violência doméstica, ao combate a práticas racistas no mercado de trabalho e, principalmente, a assuntos relativos à saúde, como mortalidade materna e saúde reprodutiva e sexual das mulheres negras.¹⁵ A IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing, em 1995, foi igualmente um agente catalisador desse processo, sendo um cenário importante para a atuação das mulheres negras. Ressalta-se que a temática racial foi incluída na Declaração Final e na Plataforma de Ação de Beijing (DAMASCO; MAIO e MONTEIRO, 2012,p.135).

A partir dessas agendas de lutas o feminismo negro foi sendo consolidado, contando, neste período, com o surgimento de várias organizações não governamentais (ONGs), como Nzinga - Coletivo de Mulheres Negras (RJ), Criola (RJ), Geledés (SP), Fala Preta (SP) etc., voltadas para o combate à violência doméstica e à discriminação racial e para os cuidados no âmbito da saúde reprodutiva (DAMASCO; MAIO e MONTEIRO, 2012).

Os debates referentes à saúde e direitos reprodutivos no Brasil na década 1980 se ampliaram com a participação progressiva das mulheres em partidos políticos, instituições estatais, ONGs feministas e agências internacionais. Nesse período, as feministas negras centram sua atenção no campo da saúde e direitos reprodutivos, com o objetivo de denunciar as supostas políticas de controle de natalidade que teriam como alvo principal a população negra (DAMASCO; MAIO e MONTEIRO, 2012).

Nessa perspectiva de enfrentamento as questões a saúde e direito reprodutivo, algumas estratégias foram tomadas por parte do movimento de mulheres negras. Um caso emblemático no enfrentamento destas questões foram as campanhas publicitárias em torno da inauguração do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH), criado em 1986, em Salvador, e dirigido pelo médico Elsimar Coutinho na Bahia. Essas campanhas deram visibilidade ao viés racial dessas campanhas.

Segundo militantes, tais como Luiza Bairros, o médico Elsimar Coutinho utilizou como material de divulgação *outdoors* com fotos de crianças e mulheres negras com os dizeres “Defeito de fabricação”

para convencer a população baiana da necessidade do controle da natalidade. Essa campanha foi bastante criticada pelo movimento negro por revelar um caráter racista (DAMASCO; MAIO e MONTEIRO, 2012, p.139).

No ano de 1986, foi elaborado o suplemento especial da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), um estudo que apresentou dados sobre a população negra. Um desses dados era relativo aos métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres. Nesta pesquisa os maiores índices de mulheres esterilizadas, encontravam-se nos estados do Maranhão (75,4%), de Goiás (71,3%) e de Pernambuco (61,4%), indicando a prevalência de esterilização cirúrgica na região Nordeste, onde a população parda e preta é maioria. Assim, as feministas negras encontraram nessa pesquisa subsídios para a defesa de que estava em curso, no Brasil, um plano racista direcionado a reduzir a população negra (DAMASCO; MAIO e MONTEIRO, 2012).

As críticas à esterilização cirúrgica influenciaram a criação da Campanha Nacional contra a Esterilização de Mulheres Negras, iniciada em novembro de 1990 e liderada pela médica e ativista negra Jurema Werneck. Os idealizadores da Campanha basearam-se nos dados da PNAD de 1986 para sustentá-la, cujo *slogan* foi “Esterilização– Do controle da natalidade ao genocídio do povo negro!” (DAMASCO; MAIO e MONTEIRO, 2012, p.141).

Resgatamos esse período histórico para compreender que existe na área da saúde um vasto acúmulo de produções e articulação política sobre a saúde e direitos reprodutivos no Brasil e foi o movimento de mulheres negras, um dos principais responsáveis por esse acúmulo. Segundo Carneiro (2003), o protagonismo político das mulheres negras, num primeiro momento, apresenta-se pelo desejo de liberdade e pelo resgate de sua humanidade, retirada por todo o processo de escravidão. Contudo, em um segundo momento ele é fundamentado a partir da emergência das articulações das mulheres negras, que desenha novos cenários para a sua situação. A articulação política, destas, tem se estruturado como força motriz para as possíveis mudanças nas concepções e reposicionamento político feminista.

3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA MUHERES NEGRAS : UMA BREVE REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo realizamos uma abordagem teórica da violência obstétrica no contexto brasileiro, compreendendo-a na história. Para tanto recorremos uma revisão bibliográfica dos principais estudos sobre o tema.

Desta forma, para compreender o tema desta investigação foi necessário fazer uma breve revisão acerca da violência obstétrica, buscando entender seu significado, o que vem sendo escrito sobre esse tema, quais são os debates mais comuns na literatura específica e em quais perspectiva essa violência vem sendo considerada na produção científica.

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E CONCEITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

A violência é considerada como uma questão de saúde pública desde 1996, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua resolução WHA49.25 de 1996 declara a violência como um importante problema de saúde pública (DAHLBERG, KRUG, 2006). A OMS define violência como qualquer ação de forma intencional que faz uso da força física ou do poder, contra si, contra o outro ou contra um grupo, que resulte em qualquer dano psicológico, deficiência, lesão ou morte (OMS, 2002). Já a violência de gênero é considerada a violência contra a mulher, que abrange as áreas físicas, sexuais e psicológicas, que por se tratar de uma expressão da violência está diretamente relacionada com as relações de poder, histórica e culturalmente desiguais, entre homens e mulheres (WOLFF; WALDOW, 2008).

A OMS afirma que o acesso seguro, universal e de boa qualidade aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva aceitável especialmente ao acesso aos métodos contraceptivos e aos cuidados em saúde materna, pode reduzir drasticamente as taxas globais de morbidade e mortalidade materna. Porém, no mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as

mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para que as mulheres procurem e usem os serviços de assistência obstétrica.

Segundo Tesser (2015) a violência obstétrica, também conhecida como violência institucional, é a violência contra a mulher grávida e sua família, ocorrida durante a assistência obstétrica no período do pré-natal, no parto ou em processo de abortamento. Esta violência pode ser verbal, física, psicológica ou sexual, existindo uma vasta lista de procedimentos e comportamento que se enquadra como violência obstétrica.

A expressão “violência obstétrica” (VO) é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos – episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina (quase) de rotina, ausência de acompanhante – dentre os quais se destaca o excesso de cesarianas, crescente no Brasil há décadas, apesar de algumas iniciativas governamentais a respeito. (TESSER, 2015, p.2)

Segundo os dados do inquérito nacional “Nascer no Brasil”, as” noções de segurança”, de assistência ao parto, que feito de forma correta pode evitar mortes, se confunde com a execução de metas rápidas e do oportunismo, sacrificando assim a “fisiologia do parto”. Prova disso é que dados desse mesmo inquérito apontam que as cesarianas se tornou a forma mais utilizada para resolver rapidamente o parto, tanto em mulheres de baixo risco (45,5%) quanto para as demais (60,3%) (RIESCO, 2014).

Sobre as intervenções dolorosas e desnecessárias, ainda segundo o inquérito “Nascer no Brasil” o uso da ocitocina²¹ e da manobra de kristeller²² são recursos muito utilizados pelos profissionais da saúde no momento de assistência ao parto:

[...] a infusão de ocitocina e ruptura artificial da membrana amniótica foi uma técnica muito utilizada para provocar a aceleração do trabalho de parto. Ambas ocorreram em cerca de 40% das mulheres, em estudo, de risco habitual, sendo mais frequentes nas mulheres do setor público, de mais baixa escolaridade. Foi também bastante elevada a taxa de manobra de Kristeller nos partos vaginais, de 37% (LEAL, 2014, p.23).

²¹A ocitocina é uma hormônio natural que estimula as contrações do colo do útero. A sua forma sintética é utilizada para a indução do trabalho de parto.

²²A manobra de Kristeller consiste em pressionar a parte superior do útero para facilitar (e acelerar) a saída do bebê, o que pode causar lesões graves, como deslocamento de placenta, fratura de costelas e traumas encefálicos. Manobra banida pelo Ministério da Saúde e OMS.

O termo violência obstétrica foi criada pelo Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela. O termo é construído a partir de um movimento sobre a humanização do parto, apesar do movimento ser antigo o termo é recente, publicado por ele em 2010 no *Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia* onde a violência obstétrica é tipificada (MARIANI E NASCIMENTO, 2015). Segundo os autores, a construção do conceito compreende a evolução histórica do parto, para que se possa entender a mudança do modelo de um procedimento ritualístico para uma obstetrícia baseada em evidências científicas e demonstrar o que é entendido por violência dentro da própria concepção médica. Nessa direção, é necessário destacar alguns aspectos históricos da evolução dessa violência.

A violência obstétrica vem sendo um tema constantemente discutido no campo da produção científica, considerado como uma questão de saúde pública. Porém, ainda não existe, no Brasil, um consenso no que tange a conceituação do tema. Isso acontece por ser uma violência que agrupa diversas manifestações da mesma. Outro aspecto dessa realidade são as diferentes nomenclaturas utilizadas para se referir a essa violência, como violência institucional, violência gestacional e violência de gênero. Zanardo (2017) ao fazer uma revisão acerca da violência obstétrica, constatou que não há um consenso em relação ao conceito de violência obstétrica no Brasil.

Pode-se concluir que o termo violência obstétrica, de acordo com as pesquisas revisadas, não tem um conceito único, nem definido em termos legais devido à falta de instâncias específicas que penalizem os maus-tratos e processos desnecessários aos quais a maioria das mulheres brasileiras é submetida. Dessa forma, seus direitos e autonomia são minimizados e a violência não pode ser denunciada ou mesmo criminalizada. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de uma conceituação de violência obstétrica (inclusive em termos de descritores), preferencialmente em documentos legais que a definam e a criminalizem, fato que auxiliará na identificação e enfrentamento dessas situações (ZANARDO, 2017, p.9).

Na mesma direção, Diniz (2015) também afirma que a violência obstétrica é descrita por diferentes termos, vale destacar que a mesma foi uma das autoras revisadas neste estudo que trabalha o aborto como uma das práticas da violência obstétrica.

No Brasil, como em outros países da América Latina, o termo “violência obstétrica” é utilizado para descrever as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós parto e

ao abortamento. Outros descritores também são usados para o mesmo fenômeno, como: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana/desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entre outros. (DINIZ et AL.2015, p.3)

Santos e Souza (2015) ao fazer uma revisão sistemática acerca da violência obstétrica a partir de periódicos nacionais de 2006 a 2014, afirma que essa expressão da violência é frequente no Brasil e é praticada por profissionais da saúde.

[...] a violência institucional obstétrica é frequente, no Brasil, e praticada por médicos e profissionais da enfermagem, em especial, na forma de negligência, violência verbal e violência física, exceto a violência sexual. Os relatos de mulheres que buscaram o atendimento na assistência ao parto revelaram atendimento inverso ao recomendado pela política de humanização do SUS. Os profissionais de saúde, em sua maioria, foram lembrados, pelas atitudes grosseiras, de desatenção, momentos de abandono no leito, proibição da entrada de acompanhantes e procedimentos invasivos, o que exacerbou o sentimento de dor e angústia. (p. 66)

Apesar de ser um termo relativamente recente, a violência obstétrica é um fenômeno que vem acontecendo a algumas décadas na América Latina, além de existir uma forte produção latina acerca da temática. Diniz (2005) faz uma contextualização da humanização do parto no Brasil, recuperando as origens do termo e o reconhecimento da assistência ao parto dotada de práticas desumanizantes, pontuando também o surgimento do movimento nacional e internacional de humanização.

Segundo Diniz (1997, p.628) “a maternidade se inauguraria com a violência física e sexual da passagem da criança pelos genitais: uma espécie de estupro invertido”, sendo o parto descrito como um evento medonho. A obstetrícia oferecia um apagamento desta experiência com o uso de sedativos, muitas mulheres, no século XX deram à luz inconsciente:

O parto sob sedação total (“sono crepuscular”, ou twilight sleep) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolve uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o

colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos.(DINIZ, 2005, p.628)

O autor afirma que esse modelo de assistência obstétrica, acima descrito, só vai passar por um processo de transição depois de várias décadas, quando a mortalidade materna e perinatal²³ passam a ser considerada inaceitável, porém com o desenvolvimento de anestésias mais seguras, persiste o modelo de assistência com uso de sedativos, com isso o modelo hospitalar expandiu-se, assim como o processo de hospitalização do parto (DINIZ, 2005).

O movimento pela mudança no modelo de assistência ao parto, acontece de forma gradativa. Esse movimento só foi possível porque contou com a intervenção de diferentes perspectivas. Não podendo deixar de citar a intervenção do movimento feminista, de diferentes correntes, no enfrentamento a condições da assistência ao parto (TORNQUIST, 2004; DINIZ, 2005).

Contudo, vale destacar, que na transição entre essa modalidade de parto e o humanizado, aparece em cena o movimento Parto Sem Dor, que teve seu surgimento na França, mas ganhou adeptos em vários países, como o Brasil. Segundo Tornquist (2004), junto com a forte medicalização do parto e crescimento das cesáreas, cresceram também as críticas a esse modelo, no próprio campo da obstetrícia.

[...] esses médicos preocuparam-se em recuperar o protagonismo das mulheres no processo do parto, ressaltando que elas detinham condições inatas de – desde que educadas para isto – atravessar o momento do parto de forma não traumática. Estes médicos estavam sintonizados com a crescente demanda de mulheres que os procuravam e que vinha aumentando em setores médios “(TORNQUIST, 2004, p. 108).

Diniz (2005) destaca que é a partir da década de 1970 que é identificado o uso do termo “humanização da assistência ao parto” nas ciências sociais, mas nas ciências da saúde o assunto só deixa de ser relegado um pouco mais tarde quando é publicado *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*, de Roberto Caldeyro Barcia (1979). No Brasil o movimento pela humanização do parto

²³O temo perinatal é utilizado para referir-se a tudo que ocorre no momento anterior e posterior do nascimento do bebê, desde a 28ª semana de gestação até os primeiros depois do parto.

também aconteceu na década de 1970 e foi impulsionado por vários estados. Na década de 1980 já existiam, aqui no Brasil, vários grupos que ofereciam assistência humanizada.

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, 2005, p. 631)

E em 1993 é fundado, no Brasil, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, o REHUNA, que é uma organização da sociedade civil que tem como objetivo principal a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. O REHUNA foi extremamente fundamental para a estruturação do movimento pela humanização do parto no Brasil e teve como documento fundador desta organização a Carta de Campinas²⁴. Diniz (2005) informa quais os profissionais que participaram da constituição do Rehuna e quais eram suas principais pautas.

É uma denúncia, mas também uma demanda por justiça e um programa de mudanças. A maioria dos integrantes da Rehuna é de profissionais de saúde, muitos dos quais atuando na implantação de serviços ou na pesquisa. São principalmente enfermeiras e médicos, vindos das áreas de obstetrícia ou de saúde pública, trabalhando em serviços públicos ou em ONGs. Há também presença importante de usuárias, psicólogas, fisioterapeutas, terapeutas alternativos e profissionais liberais. (2005, p. 631)

Deste modo, foi a partir das mobilizações da REHUNA que em 1994 foi criada a primeira maternidade com assistência humanizada ao parto, a Maternidade Leila Diniz. Considerada pioneira no país em humanização do parto, a Maternidade Leila Diniz²⁵, localizada no Estado do Rio de Janeiro, contou com os esforços dos ativistas envolvidos na REHUNA com o incentivo da Secretaria da Saúde do Município. Tornquist (2004) descreve o processo de implantação desta maternidade, que foi implantada a partir das recomendações da OMS.

O projeto foi assumido por uma equipe de profissionais identificados com o ideário da humanização, cujo empenho foi decisivo para que a

²⁴ Documento que denunciou as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento REHUNA (1993).

²⁵ Leila Diniz, atriz carioca conhecida por sua liberalidade sexual, teve um papel importante no imaginário relativo à gestação, em função de ter desnudado sua barriga durante a gestação, em uma época em que o costume era escondê-la (TORNQUIST, 2004)

Maternidade fosse transformada na primeira experiência pública de humanização da assistência. O nome Leila Diniz, ícone das feministas brasileiras, não era exatamente uma referência para as classes populares a quem prioritariamente a Maternidade atenderia, mas demarcava, nominalmente, a perspectiva feminista que resultara na realização daquele projeto (p.169).

Portanto, vale ressaltar aqui nesta breve revisão sobre violência obstétrica que o termo e as movimentações políticas acerca da humanização do parto fazem parte de uma multiplicidade de interpretações. Que através de, um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas de assistência ao parto trazem novos conceitos e interpretações a essas práticas, sustentados por bases científicas e na perspectiva do direito dessas mulheres (DINIZ, 2005).

3.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS DEBATES CONTEMPORÂNEOS

No item **3.1** trouxemos uma breve conceituação e contextualização referentes a violência obstétrica e ao movimento de humanização do parto. Esta breve revisão foi importante para compreendermos, quais eram os debates e entraves deste período aqui relatado e em que medida esse modelo foi superado, ou não, na assistência obstétrica atual. Esse trajeto foi para que conseguíssemos identificar a partir da literatura quais os pontos mais destacados pelos autores estudados e com isso conseguirmos nos aproximar ainda mais de um dos problemas desta investigação, que é a não presença, na literatura estudada, das especificidades da mulher negra na assistência obstétrica. Não foram encontrados, nas referências utilizadas, a questão da mulher negra como um ponto de atenção na assistência obstétrica no período revisado. Neste subitem trazemos os debates mais contemporâneos acerca da violência obstétrica e quais são as perspectivas e direcionamento que estão predominando sobre essa expressão da violência, quais são as áreas do conhecimento que mais abordam essa temática e vem produzindo materiais para essa discussão.

Ao revisar a literatura foi encontrada uma diversidade na abordagem sobre a violência obstétrica. Artigos científicos que trabalham com: a conceituação, revisão da literatura, olhar dos profissionais a respeito da violência obstétrica, visão das parturientes, assistência ao parto, discussões na perspectiva dos direitos reprodutivos e discussões sobre a humanização do parto. Cito essas diferentes perspectivas de abordagem para exemplificar que o campo do debate da violência obstétrica vem sendo

traçado por diferentes concepções e isso de nada tem de negativo para a visibilidade deste fenômeno.

Santos e Souza (2015) em uma revisão recente sobre a temática, a partir dos periódicos encontrados na Biblioteca Virtual de Saúde, que objetivou identificar os principais destaques nos artigos selecionados, no intervalo de 2006 a 2014, identificou que 57,4% dos artigos analisados foram publicados em periódicos de enfermagem, e sobre a autoria desses artigos foi identificado que cerca de 90% dos autores são enfermeiros. Esses resultados evidenciam a predominância dessa área na discussão sobre violência obstétrica.

Foram criadas por Santos e Souza (2015), nessa revisão, duas categorias para a síntese dos achados nessa investigação: caracterização da violência institucional obstétrica no Brasil e modelo de assistência ao parto às mulheres em situação de violência no Brasil. Essa categorização foi construída a partir das semelhanças nas abordagens entre os periódicos estudados. Referente às práticas mais comuns da violência obstétrica foi identificado que a negligência é a violência mais frequente, segundo Santos e Souza (2015).

A negligência foi a violência institucional obstétrica mais frequente, seguida pela violência verbal, e violência física, executada, principalmente, por médicos e profissionais da enfermagem. O modelo tecnicista que prima pela racionalidade e pela ausência da humanização da assistência ainda prevalece. Conclui-se que o conhecimento das mulheres sobre seus direitos, inclusive com a exigência da presença do acompanhante de sua escolha é a principal estratégia de enfrentamento da violência institucional obstétrica. (SANTOS E SOUZA, 2015, p.57)

Foram encontradas também produções científicas que levem esse debate a partir das percepções das mulheres vítimas da violência obstétrica (REGIS, 2015; WOLFF e WALDOW, 2008; AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011), com metodologias de análises variadas, como estudos qualitativos e análises discursivas. Apesar dos diferentes tipos de abordagem ao tema, todos seguem um padrão comum na aproximação com o tema, uma breve conceituação, contextualização, metodologia, discussão e conclusão.

Apesar de ter encontrado produções a partir das percepções das mulheres vítimas dessa violência, o que predomina neste debate é a visão dos profissionais de saúde, majoritariamente os profissionais de enfermagem. Como mostrou Santos e Souza (2015) em sua revisão. No entanto são os profissionais da saúde que mais cometem a

violência obstétrica contra as mulheres, como afirma WOLFF e WALDOW (2008) em seu estudo.

Ao destacar esse tipo de violência, as autoras concluíram que os profissionais agem de forma abusiva e desrespeitosa, mostram preconceito e tratam as pacientes como objetos. Os toques, em número exagerado e sem delicadeza ou respeito pelo ser, são inclusive fator de risco à parturiente e ao bebê. O que torna suas atitudes graves é que parecem não se dar conta de suas ações de não-cuidado ou desumanizadas e são parte de atitudes rotineiras. As mulheres, por sua vez, não ousam reclamar, mesmo desagradadas e sentindo dor e constrangimento, por medo, por vergonha e por se sentirem inferiorizadas perante uma suposta autoridade dos donos do saber; outras por constatarem serem as atitudes dos profissionais como parte do seu fazer e, portanto, supõem que seja normal. Não parecem estar usufruindo de um direito, e sim de um favor (WOLFF e WALDOW, 2008, p.150).

No que diz respeito à violência obstétrica ser reconhecida como uma violência de gênero, foram encontradas muitas produções que levam esta discussão na sua investigação, alguns nem sempre trabalham em sua produção a categoria gênero, mas consideram as condições normativas impostas as mulheres e a questão cultural como um fator que contribui para essa violência. Foram encontradas, também, produções que pontuam de maneira contundente a violência obstétrica como uma violência de gênero, trabalhando com categorias que ratificam essa argumentação (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011; MARIANI, 2016; WOLFF e WALDOW, 2008).

WOLFF e WALDOW (2008) quando abordam a violência obstétrica, a destaca como uma violência consentida, resultado de uma história de desigualdade, hierarquia e objetificação do corpo feminino. Para isso foi utilizado no texto autores que discutem a violência de gênero e a própria categoria gênero, como Saffioti e Almeida (1995). WOLFF e WALDOW (2008) quando fazem o recorte de gênero tentam mostrar que a violência obstétrica cometida pelos profissionais de saúde contra as mulheres é configurada como uma violência de gênero.

Buscou-se, por meio desse recorte de pesquisa, destacar a questão da violência de gênero cometida em uma instituição de saúde por profissionais da enfermagem e da área médica, principalmente, em mulheres em trabalho de parto e parto. Ao destacar esse tipo de violência, as autoras concluíram que os profissionais agem de forma abusiva e desrespeitosa, mostram preconceito e tratam as pacientes como objetos. Os toques, em número exagerado e sem delicadeza ou

respeito pelo ser, são inclusive fator de risco à parturiente e ao bebê (2008, p.150).

Assim, podemos constatar que a abordagem acerca da violência obstétrica a partir de uma perspectiva de gênero é bastante utilizada no debate sobre essa violência. Isso se configura como um avanço no enfrentamento e denúncia da violência obstétrica como uma expressão da violência que está intrinsecamente ligada a uma cultura patriarcal, onde a violência obstétrica nada mais é que uma das expressões das relações de opressão desta sociedade, como afirma Cisne (2015):

Essa sociedade permeada por relações de opressão, exploração e também apropriação sobre as mulheres que promove cotidianamente situações de violência permeadas e potencializadas pela desigualdade de classe, pelo sexismo e pelo racismo, o que não apenas provoca a demanda pela luta por direitos humanos, mas a exige. Falar em direitos humanos para as mulheres é falar na necessidade de lutar por uma sociedade sem violência e sem as apropriações, explorações e opressões que dão corpo às múltiplas violências contra as mulheres. (2015, p.152).

Contudo, a abordagem da violência obstétrica como uma violência de gênero não é a única perspectiva adotada para o debate sobre essa violência. A configuração da violência obstétrica como uma violência institucional também é bastante utilizada no debate sobre o tema, já que a violência obstétrica está intrinsecamente relacionada a institucionalização do próprio parto.

3.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O DEBATE DAS RELAÇÕES RACIAIS

Propositalmente escolhemos deixar o título deste capítulo como **Violência obstétrica contra mulheres negras: uma breve revisão da literatura**, mesmo compreendendo que até este item nada foi falado sobre essa forma de violência contra as mulheres negras. Antes de tudo, é importante retomar ao ponto de partida desta investigação, que era discutir a violência obstétrica acometida apenas por mulheres negras, mas para isso foi importante situá-los, brevemente, no que se configura este tipo de violação, e como ela foi desenvolvida com o movimento da história, por isso a importância do debate deste capítulo.

Contudo, a ausência de estudos sobre as violações sofridas pelas mulheres negras neste debate é latente, mas também denuncia o silenciamento na produção

científica, sobre violência obstétrica, das especificidades das mulheres negras. Assim, esta breve revisão sobre a problemática aqui estudada, até então, ratifica a hipótese levantada para esta pesquisa: existe um silenciamento na produção científica acerca da violência obstétrica contra as mulheres negras. Mulheres estas que trazem consigo uma série de condicionalidades imposta por toda uma história de escravidão e violação do corpo negro, que influenciam diretamente como elas são lidas em uma sociedade racista. Mesmo com todo esse processo, essas especificidades não são consideradas como fatores preponderantes ao seu acesso a assistência obstétrica, assim, as mulheres negras passam a ser um corpo vulnerável dentro do espaço de saúde.

Mesmo com esta não presença das questões das mulheres negras no debate hegemônico sobre violência obstétrica, é importante destacar aqui que a invisibilidade desta problemática não significa que não existam produções que abordem a violência obstétrica a partir das especificidades das mulheres negras. Um exemplo disso é o texto histórico de Roland (1995) e o movimento sobre a esterilização cirúrgica de mulheres²⁶ que vai trabalhar as questões dos direitos reprodutivos das mulheres negras, mas a partir de uma perspectiva distinta das mulheres brancas.

No mesmo período em que fundado o REHUNA, que foi extremamente importante para a humanização do parto no Brasil, do outro lado encontra-se o histórico texto de Edna Roland e o movimento contra a esterilização, que vão denunciar o processo de esterilização das mulheres negras no Brasil. Porém, apesar deste dois textos serem contemporâneos e abordarem direitos reprodutivos, eles trazem abordagens totalmente distintas a cerca desta temática. Enquanto que A carta de Campinas²⁷ denunciou as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento, o texto de Roland (1995) aborda o processo de esterilização das mulheres negras no Brasil no contexto racial tendo como contraponto a experiência nos Estados Unidos.

Trouxemos no texto a comparação dessas duas produções e desses dois movimentos para levantar duas questões que ajudaram a pensar o tema estudado, a

²⁶ A partir da década 1990, os debates produzidos a partir de alguns setores do movimento negro vai resultar na Campanha contra a Esterilização em Massa de Mulheres, na Declaração de Itapeçerica da Serra das Mulheres Negras Brasileiras

²⁷ A Carta de Campinas foi o documento fundador do REHUNA (1993)

primeira é que; no levantamento bibliográfico que gerou este capítulo, quando especificamente é tratado sobre a contextualização da violência obstétrica, não foi encontrado nenhuma referência ao texto de Roland (1995), mesmo ele sendo contemporâneo ao processo de humanização do parto. Segundo Oliveira (2003) houve uma invisibilidade neste período da Campanha contra a Esterilização em Massa de Mulheres Negras por parte de setores da saúde e do campo feminista.

Isto é, a Campanha contra a Esterilização em Massa de Mulheres, embora tenha alcançado o objetivo de despertar setores do Movimento Negro para a importância estratégica da “questão saúde” para a luta anti-racista, não conseguiu estabelecer uma parceria em âmbito nacional com os setores com tradição de luta popular pela saúde, assim como não tornou o assunto (o recorte racial/étnico na esterilização de mulheres no Brasil) uma bandeira de luta de profissionais da saúde e nem do campo feminista. A ausência do quesito cor, ou a falta de seu preenchimento, nos serviços de saúde com certeza constituiu um entrave para que o Movimento Negro pudesse comprovar as suas denúncias. (2003, p.163)

A segunda questão é que; quando pareadas as questões abordadas nos dois textos identificamos que apesar dos dois abordarem as questões dos direitos reprodutivos, as perspectivas escolhida entre eles são distintas, pois enquanto A Carta de Campinas inicia a luta por um processo de humanização do parto, do outro lado as mulheres negras ainda tem como agenda de luta o processo pelo direito a terem seus filhos, lutam contra a esterilização em massa das mulheres negras. Isso de alguma forma responde a inquietação da primeira questão que é a ausência das especificidades das mulheres negras na literatura revisada²⁸. Porém, esse fator, não justifica o silenciamento das especificidades das mulheres negras nas produções científicas. Por esses motivos a importância nessa investigação de identificar as produções científicas que considerem os condicionantes das mulheres negras que influenciaram no seu acesso a assistência obstétrica, objeto desta investigação que trataremos no próximo capítulo.

²⁸ Referimos especificamente da literatura revisada no item **3.1** Contextualização e Conceituação da Violência Obstétrica no Brasil

4. ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA MULHERES NEGRAS

Neste capítulo apresentamos os resultados da análise bibliográfica. Para compreensão deste processo investigativo descrevemos também o percurso metodológico utilizado para conhecer a produção científica acerca da violência obstétrica contra as mulheres negras.

4.1 O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Segundo Minayo (2013) metodologia é considerado o caminho do pensamento e a prática executada na abordagem da realidade, tendo a pesquisa como um instrumento de vinculação do pensamento e a ação.

Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas. Dizia Lênin (1965) que "o método é a alma da teoria" (p. 148), distinguindo a forma exterior com que muitas vezes é abordado tal tema (como técnicas e instrumentos) do sentido generoso de pensar a metodologia como a articulação entre conteúdos, pensamentos e existência (2013, p.14)

Para dar início a descrição do método da pesquisa é necessário, *a priori*, trazer a tipificação da pesquisa aqui em estudo. Esta investigação se trata de uma pesquisa qualitativa, onde o que objetivamos conhecer está inserido na realidade social humana, que dificilmente pode ser conhecido apenas por números. A violência obstétrica é um fenômeno social humano dotado de símbolos e representações que para uma melhor aproximação desta realidade acreditamos que a pesquisa qualitativa responderia de maneira mais satisfatória as nossas inquietações acerca do tema desta pesquisa, a violência obstétrica contra as mulheres negras.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados,

motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intelectualidade e é o objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser em números e indicadores quantitativos (MINAYO, 2013, p.21).

Como afirma Minayo (2013) o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo. Logo, esta pesquisa refere-se a uma investigação qualitativa sobre violência obstétrica contra as mulheres negras, mas sendo o tema de estudo um objeto das Ciências Sociais é importante destacar também que como afirma Minayo (2013) o objeto desta investigação é um *objeto histórico*²⁹, que possui *consciência histórica*, existindo uma identidade entre *o sujeito e o objeto*, sendo esta investigação *intrínseca e extrinsecamente ideológica*³⁰.

Sobre esse quarto elemento pontuado por Minayo (2013) sobre a investigação ser *intrínseca e extrinsecamente ideológica* é importante destacar essa característica da pesquisa social para abordarmos a não neutralidade das ciências. Não existe neutralidade na ciência, pois ela passa por interesses e visões de mundo criadas na história (MINAYO, 2013). A própria escolha do tema em pesquisa já denuncia essa não neutralidade no processo investigativo. Essa afirmativa nos sugere citar aqui neste texto outro elemento que deve ser considerado na pesquisa, a subjetividade do pesquisador, que por muitas vezes não são consideradas no exercício investigativo pela falsa crença positivista na objetividade investigativa (MINAYO, 2013).

Como este trabalho foi construído a partir de uma pesquisa bibliográfica, é necessário, também, trazer algumas considerações a respeito desta modalidade investigativa. Para Lima e Miotto (2007) a pesquisa bibliográfica é um recurso metodológico que se oferece ao pesquisador (a) uma possibilidade de resolução para um problema de pesquisa, mas é necessário que exista um conjunto ordenado de procedimentos na busca por soluções, que estejam atentos ao objeto de estudo.

Destacar as formas de encaminhar e de construir um processo de pesquisa, relativas à definição dos procedimentos metodológicos que

²⁹ Grifos nosso.

³⁰ Ver MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 33. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007. 108p

orientarão tal processo, baseia-se na observação de que vários relatos de pesquisas, notadamente, carecem de rigor científico na maneira de definir seus procedimentos, que exigem do pesquisador clareza na definição do método a ser utilizado. Um dos procedimentos mais visados pelos investigadores na atualidade, que pode ter sua escolha definida sem o devido cuidado com o objeto de estudo que é proposto, é a pesquisa bibliográfica (LIMA E MIOTO, 2007, p.38).

A citação acima ratifica a importância deste capítulo para a compreensão geral deste TCC, mas não só isso, situará o leitor de como construímos os resultados aqui expostos, e como sistematizamos esta investigação para que encontrássemos respostas para as inquietações que deram origem ao objeto de estudo desta pesquisa, as produções científicas sobre violência obstétrica contra as mulheres negras.

Depois de ponderar estas questões relativas à pesquisa social descreveremos então o percurso metodológico produzido neste TCC, com a descrição das 3 etapas do processo de trabalho científico em pesquisa qualitativa: fase exploratória, trabalho de campo e análise e tratamento do material empírico e documental (MINAYO, 2013).

Da fase exploratória, de acordo com MINAYO (2013), consiste na produção do projeto de pesquisa e dos procedimentos necessários para a entrada do trabalho de campo. Nesta fase da pesquisa, foi elaborado o projeto e as primeiras aproximações com o tema, a violência obstétrica contra as mulheres negras. Na fase exploratória, em cima da hipótese e problemas da pesquisa, iniciamos a busca por produções sobre a violência obstétrica.

A dificuldade na busca em produções sobre o tema nos fez optar pela pesquisa bibliográfica, no momento de construção do projeto, por acreditarmos que a partir da pesquisa bibliográfica nos possibilitaria um amplo alcance de informação sobre a temática. Assim, conseguimos construir um objeto de estudo, as produções científicas sobre a violência obstétrica contra as mulheres negras.

No trabalho de campo foi a fase de busca e levantamento do material para análise das produções sobre a violência obstétrica contra as mulheres negras. Importante relatar nesta descrição do percurso metodológico, que foi só na fase de levantamento do material documental que conseguimos delimitar o objeto de estudo, pois tivemos que trabalhar a partir do que a realidade em estudo nos apresentou. Assim, conseguimos delimitar o objeto de estudo para os artigos sobre violência obstétrica contra as mulheres negras no período de 2010 a 2017.

Inicialmente escolhemos apenas uma base de dados para a busca dos artigos científicos que foi o banco de periódicos da CAPES, mas o que encontramos neste primeiro levantamento nos fez expandir as buscas também para o banco de dados do Google Acadêmico. Então, a partir da delimitação do tema e da escolha desses dois bancos de dados iniciamos a pesquisa de campo. Tendo como principal técnica, para esta fase da pesquisa, a leitura. Para Lima e Miotto (2007) através da leitura podemos identificar as informações e os dados no material selecionado, assim como, verificar as relações existentes entre eles.

Como resultado do levantamento de dados foi construído dois quadros que nos auxiliaram na sistematização das informações encontradas. O primeiro quadro da base de dados da CAPES e o segundo do Google acadêmico. A primeira técnica de leitura utilizada para esse levantamento foi a leitura para o reconhecimento do material bibliográfico. Que para Lima e Miotto (2007), consiste em uma:

[...] leitura rápida que objetiva localizar e selecionar o material que pode apresentar informações e/ou dados referentes ao tema. Momento de incursão em bibliotecas e bases de dados computadorizadas para a localização de obras relacionadas ao tema (p.41).

Nesta fase da leitura iniciamos a seleção dos documentos, nesta etapa foi utilizado como estratégia de pesquisa a leitura dos resumos dos artigos, conseguindo assim, selecionar os artigos que nos interessava ou não para a inclusão no quadro. E os critérios utilizados para a inclusão dos artigos foi ter na sua abordagem discursiva das produções a centralidade do tema violência obstétrica e produções nacionais. Estipulamos esse critério inicial pois nos proporcionou uma primeira filtragem nos documentos. Não foi utilizado como critério de inclusão, nesta etapa da pesquisa, a centralidade da abordagem da violência obstétrica contra as mulheres negra, pela própria escassez nos achados deste tema.

O segundo momento de leitura foi a leitura exploratória, agora sim, nesta fase, tínhamos como objetivo identificar nos periódicos encontrados a abordagem da violência obstétrica contra as mulheres negras. Assim, o primeiro quadro foi construído (APÊNDICE A), com base no levantamento de dados da CAPES. Este primeiro quadro nos inseriu em realidade que já prevíamos na hipótese, não foram encontrados nenhum artigo, no banco de dados da CAPES, que tivesse a violência obstétrica contra as mulheres negras como o tema central da produção. O que ratificava, já neste primeiro

levantamento, a nossa hipótese investigativa sobre o silenciamento da violência obstétrica contra as mulheres negras.

No entanto, este quadro foi aproveitado na pesquisa para a revisão sobre violência obstétrica, capítulo 3 que nos auxiliou na aproximação, ainda mais, do tema, mesmo sem discutir especificamente essa violência contra as mulheres negras.

Assim, esse quadro contribuiu para a origem do capítulo 3 deste TCC. Conseguimos com a produção desse quadro; identificar quais são as áreas do conhecimento que mais abordam o tema violência obstétrica; identificar os consensos, na literatura específica do tema, sobre sua conceituação e identificar algumas referências centrais para abordagem deste tema (REGIS, 2015; SANTOS, 2015; SANTOS E SOUZA, 2015; LEAL, 2017; ZANARDO, 2017). O quadro foi construído com as seguintes classificações: nome; título; área do conhecimento; abordagem da questão racial³¹.

Assim, com a sistematização do levantamento de dados na plataforma da CAPES, obtivemos algumas respostas que nos ajudou entender ainda mais a temática. Podemos verificar a partir do que foi encontrado na pesquisa de campo que a maioria dos artigos encontrados é relativamente recente, sendo publicados, em sua maioria, de 2014 a 2017 e que área de conhecimento que mais aborda a temática é a ciências da saúde, pois de 11 artigos relacionados ao tema 8 foram publicados por profissionais área das ciências da saúde. Podemos concluir assim, que é um tema bastante discutido nessa área, possuindo publicações recentes sobre o tema. Ainda sobre a sua questão temporal, podemos afirmar que a discussão dessa temática é relativamente recente, a própria Rede Cegonha³² só é implantada em 2011³³.

Para o levantamento das produções da base de dados do Google Acadêmico, que originou o segundo quadro (APÊNDICE B), redesenhamos as estratégias de buscas, e a própria construção desse primeiro quadro nos auxiliou para esse novo arranjo. Nessa nova busca não utilizamos só a violência obstétrica como um descritor de busca, incluímos, também, outros descritores para as buscas: racismo; discriminação racial; mulher negra; corpo negro; racismo institucional. A escolha por esses descritores se deu

³¹Ver APÊNDICE A

³² É uma estratégia do Ministério da Saúde para a implementação de uma rede de cuidados às mulheres, a rede garante às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à uma atenção humanizada durante a gravidez, o parto e puerpério. As crianças também são garantidas pelo direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável.

³³ Ver Portaria Nº 4.459 de junho de 2011

por entender que para o que desejávamos conhecer esses descritores nos auxiliaria na filtragem das produções e por considerar essas categorias fundamentais para compreensão da violência obstétrica contra as mulheres negras.

Assim, com a busca desses descritores foram apresentados aproximadamente 141 títulos, mas desses títulos apenas 15 relacionados ao tema da investigação. Os 15 títulos relacionados abordam a saúde da mulher negra. Os 15 títulos relacionados trabalha em sua produção a saúde da mulher negra a partir de discussões diversas como: representações da mulher negra sobre o quesito raça/cor (SACRAMENTO E NASCIMENTO, 2011); a intersecção de raça e gênero na saúde (DUARTE, 2012; SERPA, 2015); discussão do racismo e sexismo na saúde (FERREIRA, 2016); mortalidade materna das mulheres negras (KALCKMANN, 2016); análise da política nacional de saúde (COSTA, 2013) e cuidados e acesso a saúde das mulheres negras (CHIRLENE, 2017; ALMEIDA, 2017).

Outra diferença no levantamento documental na base de dados do Google Acadêmico é que estão disponíveis várias modalidades de produções, artigos, monografias, dissertações e teses, mas o objeto de estudo foi delimitado apenas para os artigos. Então, seguindo os critérios para a sistematização escolhidos foram encontradas apenas 2 produções em forma de artigo que abordaram a violência obstétrica contra as mulheres negra no período delimitado no universo de aproximadamente 141 títulos encontrados, quando colocados os descritores escolhidos no Google acadêmico. Porém, foram encontradas, também, outras modalidades de produções que abordaram a violência obstétrica contra as mulheres negras, uma em formato de monografia (LIMA, 2016) e uma em formato de dissertação (SANTOS, 2016).

4.2 RESULTADOS

As duas produções encontradas abordam a violência obstétrica, mas de formas distintas. O primeiro artigo **Experiência e resistência de mulheres negras na trama do aborto clandestino, RIBEIRO (2016)**³⁴ vai trabalhar a partir dos relatos das mulheres que passaram pela experiência do aborto clandestino e o segundo artigo

³⁴ VER RIBEIRO, Jullyane Carvalho. Experiência e resistência de mulheres negras na trama do aborto clandestino. **Sisterhood**, 1º Edição. Disponível em: <https://www2.ufrb.edu.br/negrascgs/images/Caderno/Caderno_versao_atual.pdf#page=75>

trabalhado por nós foi **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil** LEAL, et. AL. (2017)³⁵ vai abordar na sua produção a avaliação das iniquidades na atenção pré-natal e parto de acordo com a raça/cor a partir dos dados da pesquisa *Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento*. Abordaremos brevemente as considerações trazidas nas duas produções e algumas questões destacadas por nós que foram relevantes para análise dessas duas produções.

Para análise das obras elegemos as seguintes categorias: mulher negra, relações raciais, raça, racismo estrutural, racismo institucional, sexismo, violência obstétrica, interseccionalidade. Tais conceitos serão aqui retomados de modo a problematizar os conteúdos trazidos pelas autoras a fim de comprovar a hipótese da pesquisa, ou seja:

O conceito de mulher negra adotado neste trabalho envolve muitas protagonistas, muitas histórias, muitas dores e muitas resistências. Tomamos como porta voz Werneck (2010) quando diz:

As mulheres negras não existem. Ou de outra forma: as mulheres negras, como sujeitos indeníveis e políticos, são resultado de uma articulação de heterogeneidades, resultantes de demandas históricas, políticas, culturais de enfrentamento das condições adversas estabelecidas pela dominação ocidental eurocêntrica ao longo dos séculos de escravidão, expropriação colonial e da modernidade racializada e racista em que vivemos (p.10).

O conceito de raça foi tratado no capítulo 2 a partir de Ianni (2004). Lopes e Werneck (2010) assinalam que tal conceito foi baseado na sua origem “em características físicas biologicamente determinadas” (p.15). Diz a autora que é fato comprovado que se comprovou, por diferentes meios.

[...] a desvinculação entre biologia e genética e a produção de injustiças ou desigualdades, o que significa dizer que as diferentes tonalidades de pele ou outras variações atribuídas à raça não são suficientes para determinar ou explicar as condições de subordinação a que os negros de pele escura estão submetidos no Brasil e em diferentes partes do mundo. Assim, a definição de raça como construção social implica a denúncia da existência e atuação de um sistema complexo de hierarquização social que utiliza características biológicas específicas como marcadores de diferença e desigualdades hierárquicas entre grupos humanos, sistema esse denominado racismo (p. 14-15).

Racismo institucional é também considerado racismo sistêmico ou estrutural. Segundo Lopes e Werneck (2010) é um conceito criado por ativistas negros

³⁵ VER LEAL, Maria do Carmo et. AL. *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2017, vol.33, suppl.1 [cited 2017-09-27], e00078816.

[...] para assinalar como o racismo penetra as instituições, resultando na adoção dos interesses, ações e mecanismos de exclusão perpetrados pelos grupos dominantes através de seus modos de funcionamento e da definição de prioridades e metas de realização (p. 16).

Ressalta a autora que na maioria dos países da Diáspora Africana, inclusive no Brasil, este conceito sinaliza o privilégio branco, e além dele as ações impetradas por esse grupo para o exercício do controle e manutenção dos seus privilégios por meio da hegemonia no Estado, das instituições e organismos que o representa, que lhes dão sentido e operacionalidade. Esse conceito é apropriado para análise da conjuntura atual brasileira. A militarização e a violência do Estado incidirá prioritariamente sobre o jovem negro, suas mães, mulheres negras, e toda a população negra moradora em territórios nas periferias.

O conceito de sexismo aponta para a análise de processos discriminatórios sofridos por sujeitos sociais que serão identificados em categorias de sexo inferiorizada na sociedade capitalista. Segundo Smigay (2002),

Sexismo é atitude de discriminação em relação às mulheres. Mas é importante lembrar que se trata de uma posição, que pode ser perpetrada tanto por homens quanto por mulheres; portanto, o sexismo está presente intragêneros tanto quanto entre gêneros. Inscrita numa cultura falocrática, impregna o imaginário social e o prepara a um vasto conjunto de representações socialmente partilhadas, de opiniões e de tendência a práticas que desprezam, desqualificam, desautorizam e violentam as mulheres, tomadas como seres de menor prestígio social (p.34).

Por fim o conceito de interseccionalidade trazido por Lopes e Werneck (2010) assinala que o mesmo permite destacar a impossibilidade de qualquer um dos fatores atuantes na vida dos indivíduos e grupos em processo de marginalização extrema. Ou seja, raça, etnia, gênero, idade, sexualidade, porte de deficiência, classe dentre outros, em detrimento da percepção da complexidade e correlação entre eles.

A utilização do conceito de interseccionalidade permite dar visibilidade as diferenças- desigualdades e privilégios- entre grupos populacionais e no interior das diferentes das populações. Desse modo, possibilita a elaboração de respostas orientadas pelas vivências e necessidades de grupos específicos (idem, p.18).

4.2.1 Artigo 1: Experiência e resistência de mulheres negras na trama do aborto clandestino, RIBEIRO (2016)

O ponto de partida da pesquisa relatada no artigo foi exposta pela autora como a necessidade de conhecer os relatos das mulheres que passaram pela experiência do aborto clandestino. Justifica sua pesquisa a partir do argumento de que as práticas de abortamento inseguro expressão algumas das desigualdades raciais, econômicas e sociais, além de ser uma questão de saúde pública.

[...] maior parte daquelas que desejam abortar não têm outra possibilidade a não ser recorrer a métodos inseguros. Estas são, em sua maioria, mulheres pobres, não brancas e que residem nas periferias. A violência em consequência da criminalização, portanto, se manifesta de diferentes formas, sendo ainda mais intensa para os grupos vulneráveis de mulheres (RIBEIRO, 2016, p.75).

O objetivo principal de a sua investigação verificar como as mulheres que passam pelo processo de abortamento articulam sua experiência de vida, suas motivações e as suas justificativas para a prática do aborto:

[...] almejei verificar como as mulheres que realizaram o procedimento de aborto articulam seus relatos sobre a experiência vivida, as suas motivações e as suas justificativas para a prática. Pretendi ainda observar como, e se, a ilegalidade do aborto atinge diferencialmente essas mulheres em suas especificidades de classe, raça, sexualidade, estado civil e geração, além de averiguar como se dá a relação dessas mulheres com seus corpos e com sua autonomia reprodutiva após o procedimento (RIBEIRO, 2016,p.75).

Para alcançar os objetivos da investigação a pesquisadora tomou como instrumento de sua pesquisa a entrevista semi-abertas, com a finalidade de reconstruir as trajetórias de vida dessas mulheres que fizeram um ou mais aborto de forma clandestina, nas quais tiveram como fio condutor as vivência de sua sexualidade e suas trajetórias reprodutivas RIBEIRO (2016). A pesquisada foi realizada no Distrito Federal, e a pesquisadora utilizou para critérios de inclusão de participantes na pesquisa sua rede de relações pessoais.

Minha rede de contatos envolve, em sua maioria, mulheres jovens, de classe média, residentes no Plano Piloto de Brasília e com um discurso feminista ou, ao menos, simpático ao feminismo. Não foi difícil convencê-las da importância da pesquisa e do quão significativo seria o compartilhamento das suas experiências. Mulheres que possuem esta identificação com o feminismo, no entanto, não constituiriam um grupo representativo das experiências de outras mulheres. Neste ponto tenho também consciência de que é impossível chegar a uma amostra fiel à diversidade de experiências de todas (RIBEIRO, 2016,p.77).

Um dos pontos abordados, que mereceu destaque neste artigo, são os argumentos de controle social do corpo da mulher negra. No artigo são realizadas algumas considerações acerca das formas de controle reprodutivo. Em que sua materialização acontece a partir de diferentes formas de controle.

As formas de controle reprodutivo são de natureza diversa e se materializam na falta de acesso a métodos contraceptivos, no aborto forçado, na esterilização em massa, em especial com motivações racistas e higienistas, na imposição de uma moral sexual hegemônica e heterossexista, no não fornecimento de serviços de saúde adequados, entre outras questões (RIBEIRO, 2016,p.76).

Para a Ribeiro (2016) existe uma conexão direta ente a criminalização do aborto a esterilização em massa das mulheres negras, pobres e imigrantes. Segundo a mesma essa conexão pode ser percebida ao refletirmos que o mesmo governo que criminaliza o aborto incentiva procedimentos drásticos, como a esterilização permanente, em especial para mulheres socialmente vulneráveis, as quais não têm alternativas senão abrir mão do seu direito à reprodução (RIBEIRO, 2016).

Para fundamentação teórica de sua produção, inicia este item do seu artigo a partir da discussão dos direitos sexuais e reprodutivos a partir da interação entre gênero e raça. Tece considerações sobre o movimento feminista negro na década de 1980, onde diversas publicações disseminadas por feministas negras iniciam uma crítica as tendências etnocêntricas do feminismo. Na análise desta produção nos identificamos com a abordagem trazida a partir das produções do feminismo negro, pois encontramos algumas semelhanças no caminho teórico traçado por ela que foram consonantes com algumas abordagens teóricas trazidas neste TCC.

Utilizou para a sua fundamentação da crítica do feminismo etnocêntrico, com autoras norte-americanas como: Angela Davis; Bell Hooks; Audre Lorde; Barbara Smith e Patricia Hill Collins. Assim como, algumas referências de feministas negras como: Lélia Gonzalez; Luíza Bairros e Sueli Carneiro.

Para relatar as práticas de controle da natalidade, aqui no Brasil, aborda a questão da eugenia praticada no país, denominadas de “preventina” ou “positiva”. Sobre está abordagem na análise desta produção foi de significativa contribuição, pois

trouxe para a discussão da eugenia uma referência não abordada na fundamentação deste TCC³⁶ a partir da contribuição teórica de WERNECK (2004).

Contudo, para abordagem dos direitos reprodutivos e as movimentação política do movimento de mulheres negras na luta dos direitos reprodutivos no Brasil a autora trabalha com o histórico texto de Edna Roland (1993) que também foi trabalhado por nós neste TCC e que foi de significativa contribuição para entendermos o processo de esterilização em massa das mulheres negras.

Edna Roland (1995) mostra a prevalência de programas e convênios com o objetivo de reduzir a natalidade no Nordeste do país, região que apresenta uma maior incidência de esterilização e maior concentração de população negra e pobre. A esterilização feminina é o método contraceptivo mais utilizado por mulheres entre os 30 e 34 anos no país, chegando à marca de 26,7%, contra 22,8% da pílula contraceptiva hormonal nesta faixa etária (RIBEIRO, 2016,p.79).

O artigo analisado faz parte de uma parte do trabalho de dissertação da autora sobre o aborto clandestino, que contou com breves considerações sobre os direitos reprodutivos no Brasil, no qual traz relatos de três mulheres negras entrevistadas por ela na pesquisa que fez parte de sua dissertação. Nas considerações finais de seu artigo a autora traz considerações sobre os relatos dessas 3 mulheres.

As mulheres entrevistadas aparentam ter consciência de que a experiência do abortamento pela qual passaram é apenas uma dentre tantas outras, uma vivência específica, um “ponto de vista” do aborto clandestino, ilegal e inseguro, ao qual tiveram de se submeter e ao qual muitas ainda terão de recorrer. A experiência do aborto solidariza e aproxima as mulheres, ao mesmo tempo em que as afasta em suas especificidades de raça, geração e classe. As afasta no momento em que a clandestinidade do procedimento empurra determinadas mulheres, já em situação de vulnerabilidade, para uma marginalidade ainda maior. Pude notar que as mulheres negras, que residem nas periferias e/ou com situação socioeconômica de vulnerabilidade apresentam um histórico de iniciação sexual e reprodutiva marcado por desconhecimento e falta de acesso a métodos contraceptivos, o que as torna mais vulneráveis às gestações indesejadas e ao aborto. Essas mulheres também estão mais expostas aos riscos do procedimento realizado em condições precárias e, portanto, às complicações físicas e psicológicas advindas do abortamento inseguro. Para elas, o trauma do aborto parece adquirir proporções maiores, levando a feridas emocionais e físicas, no corpo e na carne (RIBEIRO, 2016,p.79).

³⁶ Ver capítulo 2 deste TCC.

O artigo de Ribeiro (2016) foi uma importante contribuição, para a reflexão do aborto clandestino segundo Elisabete Aparecida Pinto (2015), o Movimento de Mulheres Negras é a expressão política das mulheres negras brasileiras organizadas. Elas pautam em sua agenda de luta, dentre outras demandas, a luta pela descriminalização do aborto que segundo os dados do Ministério da Saúde (MS) é a primeira causa direta de morte materna, perfazendo 81,9% das causa-morte, ficando abaixo de hemorragia 69,2%; de hipertensão arterial 66,1%; e doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério ou resguardo (42,7%). (AADS apud PINTO e VITA, 2015, p.64).

Todavia o referido artigo não refere o aborto como uma das expressões da violência obstétrica conforme afirma DINIZ (2015). Ressaltamos que a autora enfoca a prática clandestina do aborto realizado fora dos parâmetros legais cuja violência se inicia nas instituições privadas que realizam o aborto clandestino e na sequência essa mulher negra que sofre intercorrências da violência e de uma intervenção mal sucedida em seu corpo durante o processo de abortamento recorre ao serviço público e na maioria das vezes sofre discriminações baseadas no sexo e na raça pelos (as) trabalhadores da saúde.

4.2.2 Artigo 2: A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil, LEAL, et. al (2017)

O artigo de Leal et. al. (2017) inicia com a afirmativa de que existem poucas pesquisas no Brasil com foco nas influências da raça/cor no tocante à experiência de gestação e parto. Trata-se, segundo aos autores de pesquisa inédita devido seu caráter de abrangência nacional. O estudo teve como objetivo avaliar as iniquidades na atenção pré-natal e parto de acordo com a raça/cor utilizando o método de pareamento baseado nos escores de propensão³⁷, a partir dos dados pesquisa “Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento, um estudo de base populacional de abrangência nacional com entrevista e avaliação de prontuários de 23.894 mulheres em 2011/2012”.

A justificativa do estudo inicia apresentando as disparidades raciais no Brasil. O estudo aborda pesquisas e documentos em saúde que apresentam estas disparidades,

³⁷Os escores de propensão podem ser usados para ajustar o efeito de um tratamento ou intervenção através de pareamento, estratificação, ponderação ou como uma variável de ajuste. Ver <http://hdl.handle.net/10183/29093>

onde segmentos racial e socialmente desfavorecidos, incluindo pretos, pardos e indígenas, apresentam níveis mais elevados de adoecimento e morte (LOPES, 2005; THEODORO, 2008; SOARES, 201). Sobre a ausência das questões específicas da mulher negra nas discussões da saúde o artigo traz.

Apesar da centralidade da questão da saúde da mulher e da criança nas políticas de saúde no Brasil, até o momento foram conduzidas poucas pesquisas voltadas para a análise das influências da raça/cor no tocante à experiência de gestação e parto. Em geral, as investigações disponíveis foram realizadas em contextos locais específicos, não havendo análises de abrangência nacional. Nesse cenário, este estudo teve como objetivo avaliar as iniquidades na atenção pré-natal e parto com foco na dimensão raça/cor mediante dados de uma ampla investigação recentemente realizada no Brasil (LEAL et. al, 2017,p.2).

A metodologia de análise adotada na pesquisa (realizada no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012) revela que

A amostra foi selecionada em três estágios. O primeiro foi composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano estratificados pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital) e tipo de hospital (privado, público e misto). O segundo foi composto pelo número de dias necessários para entrevistar 90 puérperas (mínimo de sete dias em cada hospital); o terceiro, pelas puérperas. Foram amostrados 266 hospitais totalizando 23.894 mulheres (LEAL et. al, 2017,p.2).

Sobre os critérios de inclusão e exclusão, foram incluídas na pesquisa puérperas admitidas nas maternidades por ocasião do parto e seus conceptos vivos, ou mortos com peso ao nascer ≥ 500 g e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas de gestação. Adota critérios de exclusão as puérperas com transtorno mental grave que não permitiam comunicação com o entrevistador, ou que não compreendiam o idioma português; surdas/mudas (LEAL et.al, 2017)

Às mulheres foi perguntado “Qual a sua cor ou raça?”, tendo sido apresentadas como opções as cinco categorias utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (branca, preta, parda, amarela e indígena). Aquelas que se classificaram como amarelas ou indígenas não foram incluídas na presente análise devido ao número extremamente pequeno de mulheres nessas categorias de raça/cor (LEAL et. al, 2017,p.3).

No artigo, são apresentados alguns resultados desta pesquisa. Na análise comparativa de puérperas pretas vs. brancas gerou uma sub amostra de 6.689 mulheres, sendo 1.840 pretas e 4.849. Os resultados apresentados foram que : as puérperas de cor

preta possuíram maior risco de terem resultados em que um pré-natal inadequado; falta de vinculação à maternidade e ausência de acompanhante e peregrinação para o parto. Sobre o uso de anestésias nas mulheres pretas:

Apesar de terem menor chance para uma cesariana e de intervenções dolorosas no parto vaginal, como episiotomia e uso de ocitocina, em comparação às brancas, as mulheres pretas receberam menos anestesia local quando a episiotomia foi realizada (OR = 1,49; IC95%: 1,06-2,08). A chance de nascimento pós-termo, em relação ao nascimento termo completo (39-41 semanas), foi maior nas mulheres pretas que nas brancas (LEAL et. al, 2017,p.5).

Os resultados na comparação entre as puérperas pardas *versus* branca também apresentou desigualdades no acesso de qualidade aos serviços de assistência obstétrica.

A comparação entre puérperas pardas e brancas resultou numa subamostra de 13.318 mulheres, das quais 6.659 eram pardas e 6.659 brancas. Os resultados indicaram maior risco de as puérperas pardas terem pré-natal inadequado (OR = 1,24; IC95%: 1,12-1,36) e ausência de acompanhante (OR = 1,41; IC95%: 1,27-1,57). Foi menor o risco para uma cesariana e para realização de episiotomia e uso de ocitocina no parto vaginal. As puérperas pardas também apresentaram maior chance de nascimento pós-termo em relação ao nascimento termo completo (39-41 semanas) em comparação às mulheres brancas (p.5).

As práticas interventivas para o parto em menor grau nas mulheres negras necessariamente, poderiam ser consideradas como adequadas a partir do que recomenda o Ministério da saúde, no entanto o uso em menor grau dessas práticas nas mulheres negras não condiz com o modelo de assistência obstétrica hegemônico adotado por alguns profissionais de saúde no Brasil

A princípio, menor exposição a intervenções tais como uso de ocitocina, episiotomia e cesariana entre pretas e pardas em relação às brancas poderia significar um cuidado mais em acordo com as evidências científicas recomendadas pelo Ministério da Saúde. Porém, na prática, o modelo de assistência obstétrica adotado no Brasil é intervencionista e os profissionais de saúde em larga medida não somente identificam essas práticas como adequadas, mas também como indicativas de um “bom cuidado” (LEAL et. al, 2017,p.10).

Esta ponderação dos autores nos mostra o quanto os direitos das mulheres negras no campo da saúde são violados. Mesmo quando os números nos mostram que as práticas estão de acordo com o que recomenda o Ministério da Saúde, é necessário compreender outros determinantes como o racismo, o sexismo e a classe para interpretar esses números relativos às mulheres negras. Na verdade a menor exposição das

mulheres negras a intervenções como ocitocina, episiotomia e cesariana não são resultados de “bom cuidado”, mas sim expressa uma das faces do racismo institucional no corpo dessas mulheres, que na maioria das vezes, é orientado por estereótipos que se nutrem no imaginário social e são impregnados nas representações dos profissionais de saúde. Citamos alguns que percebemos durante a experiência cotidiana: “mulher negra é forte”; “tem quadril largo”, “aguenta a dor” e etc.

De certo, o artigo também contribuiu com informações sobre a violência obstétrica contra as mulheres negras. Apesar de não adotar o termo violência obstétrica a discussão central dos autores refere-se à mesma de forma indireta. Ao analisar a pesquisa “Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento”, produziu muitos indicadores relevantes da realidade de violência obstétrica contra as mulheres negras a partir do estudo quantitativo. Contudo, é importante destacar que o fato do presente artigo ter realizado um estudo quantitativo não deixaria de prescindir de uma abordagem conceitual sobre os marcadores de desigualdades apresentados no início deste capítulo.

Contudo, a partir das análises não conseguimos responder o problema desta investigação: em que medida nos artigos sobre violência obstétrica os marcadores de raça, gênero e classe são considerados relevantes para a análise da violência obstétrica contra as mulheres negras? Esses marcadores não foram trabalhados especificamente em nenhuma das duas produções. Além disso, em um universo de aproximadamente 270 resultados, quando somadas às buscas no banco de dados da CAPES e Google Acadêmico, foram encontrados apenas dois artigos que abordaram a violência obstétrica contra as mulheres negras. Essa carência no campo da produção científica sobre a abordagem desta violência, nos fez refletir sobre o silenciamento existente sobre esse tema e ratifica a hipótese levantada por nós desde o início da investigação.

4.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO EXPRESSÃO DO PRECONCEITO E DA DISCRIMINAÇÃO RACIAL NO BRASIL: O SILÊNCIO COMO “NORMALIDADE”

A partir do levantamento documental e análises dos artigos constatamos que a violência obstétrica contra as mulheres negras não é tema um de interesse no campo da

produção científica. Os resultados encontrados nos apresentaram uma séria realidade sobre esta violência, que em regra não é pensada contra o corpo negro feminino. Essa não reflexão da violência contra as mulheres negras nas produções científicas acaba corroborando com a perpetuação da mesma e se manifesta como a própria expressão do racismo na saúde. São muito graves os resultados encontrados nesta pesquisa, pois esta violência pode ter como fim único a morte dessas mulheres, como informam os dados sobre mortalidade materna.

Segundo Werneck (2016) a saúde da mulher negra não tem sido uma área de conhecimento ou um campo relevante nas Ciências da Saúde. Sendo inexpressiva a produção de conhecimento científico sobre a saúde da mulher negra. O próprio artigo *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil* trabalhado por nós nesse processo investigativo, informa da escassez de pesquisas como o foco nas da raça/cor no tocante à experiência de gestação e parto foram conduzidas no Brasil (LEAL et. al, 2017). Contudo, o que Werneck (2016) nos apresenta é que esse silêncio não está restrito aos estudos sobre violência obstétrica contra as mulheres negras, mas sim refere-se a todo um campo de produção científica sobre a saúde da mulher negra no Brasil, reflexo da ausência dos conteúdos referentes a saúde da população negra. bem como, da PNSIPN nos currículos da formação profissional dos profissionais da saúde.

A saúde da mulher negra não é uma área de conhecimento ou um campo relevante nas Ciências da Saúde. É inexpressiva a produção de conhecimento científico nessa área e o tema não participa do currículo dos diferentes cursos de graduação e pós-graduação em saúde, com raríssimas exceções. Trata-se de assunto vago que, na maior parte dos casos, é ignorado pela maioria de pesquisadoras e pesquisadores, estudantes e profissionais de saúde no Brasil (WERNECK, 2016,p.535).

Em seu texto, Werneck (2016) ao fazer uma revisão da literatura sobre o campo da saúde da mulher negra identificou uma baixa presença desse tema nos periódicos nacionais dedicados às Ciências da Saúde.

[...] uma breve revisão entre os periódicos disponíveis na biblioteca virtual SCiELO permite verificar essa escassez: a busca simples com descritores “saúde mulher negra” oferece 24 artigos nacionais publicados a partir de 2008. Ao restringir a busca para artigos da área de saúde pública, a disponibilidade reduz-se a apenas seis textos completos publicados (WERNECK, 2016,p.536).

Essa mesma dificuldade foi encontrada por nós no momento do levantamento documental nos bancos de dados escolhidos conforme mencionamos anteriormente. Para Werneck (2016) esta insuficiência em produções sobre a saúde da população negra pode indicar a não consolidação do campo da saúde da população negra e da saúde da mulher negra.

Tais ausências ou insuficiências podem indicar a não consolidação da saúde da população negra e da saúde da mulher negra como campos temáticos e de pesquisa, relacionada ao baixo grau de penetração nas instituições de pesquisa dos debates sobre o racismo, seus impactos na saúde e suas formas de enfrentamento (WERNECK, 2016,p.536).

Refletimos também ao longo deste TCC a articulação e consolidação do campo da saúde da população negra, como um campo de estudos e intervenção que propiciaram um avanço nas conquistas da população negra na formulação de políticas públicas para o enfrentamento do racismo na saúde. Tais conquistas se deram através da ação política do movimento negro e de mulheres negras brasileiras. Essa mobilização contribuiu para um melhor acesso a saúde como também para a implementação do SUS e posteriormente em 2009 da PNSIPN. No entanto, como afirma Werneck (2016) esses avanços não foram suficientes para a superação das barreiras encontradas pela população negra no seu acesso a saúde.

As reivindicações da população negra e de movimentos sociais – especialmente o Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro – por mais e melhor acesso ao sistema de saúde participaram da esfera pública ao longo dos vários períodos da história das mobilizações negras, principalmente no período pós-abolição, e se intensificaram na segunda metade do século XX, com forte expressão nos movimentos populares de saúde, chegando a participar dos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde. No entanto, é possível verificar que essa presença, apesar de ter contribuído para a concepção de um sistema universal de saúde com integralidade, equidade e participação social, não foi suficiente para inserir, no novo Sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo (WERNECK, 2016, p.536).

Outro ponto abordado por Werneck (2016) é que boa parte das formulações conceituais de diretrizes e estratégias e da atuação em saúde da população negra teve origem fora do sistema de saúde, através da participação dos sujeitos negros

organizados, conhecimentos e valores a este campo, mas por fora do sistema de saúde (WERNECK, 2016). Como um exemplo dessa ideia defendida pela autora, a PNSIPN (2009) e hoje incorporada no Estatuto da Igualdade Racial (2012) o reconhecimento no campo da saúde da população negra da herança cultural dos povos africanos e afro-brasileiros, que não necessariamente estão dentro da academia, mas são reconhecidos como conhecimento e herança de um povo. Destacamos umas das diretrizes da PNSIPN que vai ao encontro das nossas reflexões.

- Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas (BRASIL, 2007, p.38).

A função do racismo na sociedade burguesa impõe limites que impedem o acesso a saúde plena dos trabalhadores em particular dos trabalhadores e trabalhadoras negros. Essa realidade impede o desenvolvimento da saúde da população negra como um campo de estudo e sua análise não pode ser feita de forma simplória e focalizada, pois esses limites estão diretamente relacionados a uma estrutura societária que impõe limites emancipatórios. A dura realidade demonstra que a força do racismo e do patriarcado, ainda no século XXI, silencia as questões específicas da população negra no campo da produção científica. São estas mesmas questões que fazem com que no universo de aproximadamente 270 resultados, só encontrássemos apenas 2 artigos que abordaram a violência obstétrica contra as mulheres negras.

O causador deste silêncio, muitas vezes naturalizado é o próprio racismo, elemento estrutural e estruturante na sociedade capitalista. Por esse motivo não podemos finalizar esta análise sem trazer o quão letal o racismo agride e invade a vida das pessoas negras, se apresentando de diferentes formas até em forma de silêncio. Segundo Werneck (2016) “apesar da intensidade e profundidade de seus efeitos deletérios, o racismo produz a naturalização das iniquidades produzidas, o que ajuda a explicar a forma como muitos o descrevem, como sutil ou invisível” (p.541), e foi assim que ele se apresentou nesta análise bibliográfica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho buscamos conhecer as produções científicas sobre violência obstétrica contra as mulheres negras. Consideramos assim, as especificidades das mulheres negras como um determinante no seu acesso aos serviços de saúde em assistência obstétrica. Tendo em vista que, essas mulheres carregam consigo os marcadores de gênero, raça e classe que influenciaram nesse acesso.

Para isso nos fundamentamos a partir dos estudos sobre as relações raciais, de gênero e classe, que nos auxiliaram na compreensão do fenômeno. Na qual defendemos que, as relações de dominação e opressão em uma sociedade desigual e iniqua mascaram as hierarquias de gênero, raça e classe, e não reconhecem as particularidades das mulheres negras como fatores preponderantes ao seu acesso a assistência obstétrica humanizada no SUS

Assim foi formulado como objeto de estudo, a produção bibliográfica sobre violência obstétrica contra as mulheres negras sob a forma de artigos publicados nos periódicos da CAPES e Google Acadêmico no período de 2010 á 2017. Tomando como hipótese investigativa, a existência do “silenciamento” do racismo na produção científica acerca da violência obstétrica contra as mulheres negras. Mulheres essas que trazem consigo uma série de condicionalidades impostas historicamente, por determinantes sociais, dentre os quais a história da escravidão e violação do corpo negro no sistema patriarcal.

Assim, iniciamos a fundamentação desta investigação a partir de alguns estudos sobre as teorias raciais e o pensamento de Gilberto Freyre (SCHWARCZ, 1996; GUIMARÃES, 1999; OLIVEIRA, 2003; DOMINGUES, 2004) que são marcos para contextualizar e compreender como o corpo negro foi e é visto nas sociedade. Para a discussão deste corpo negro feminino que é atravessado de forma interseccional, recorreremos à contribuição dos estudos feministas negras que vão trabalhar com as múltiplas dimensões da experiência das mulheres negras, da articulação dos marcadores de gênero, “raça”, classe e sexualidade na vida dessas mulheres (GONZALEZ, 1984, CARNEIRO, 2011; SANTOS, 2007).A saúde da população negra como um campo de

produção do conhecimento e campo de agenda política também foi abordado neste TCC. Realizamos uma breve contextualização da estruturação deste campo, que contou com o protagonismo do movimento de mulheres negras na articulação e desenvolvimento deste campo.

Foi realizado também, no capítulo 3, a revisão da produção sobre violência obstétrica, como forma de nos aproximarmos do fenômeno em estudo. No entanto, esta breve revisão já nos sinalizou um ocultamento do tema “violência obstétrica contra as mulheres negras”. No processo de reflexão sobre humanização do parto a literatura revisada não aborda os direitos reprodutivos das mulheres negras, que foi contemporâneo do processo de humanização do parto como a Campanha contra a Esterilização em Massa de Mulheres Roland (1993). As demandas das mulheres negras foram inaudíveis. Elas só começam a ser problematizadas com a presença das mulheres negras na universidade e nas ONG’s feministas através de suas intelectuais negras, como Edna Roland, Sueli Carneiro, Fernanda Lopes e Jurema Werneck dentre outras.

Acreditamos que esse silenciamento é resultado do próprio racismo e que ele acaba corroborando com a perpetuação desta violência no corpo das mulheres negras, e por se tratar de um racismo institucional não pode ser analisado de forma singular, mas com certeza o silenciamento dessas práticas de violações no serviço de assistência obstétrica se expressa como a materialização do racismo como estruturante da sociedade capitalista.

Portanto, sendo o racismo elemento sistêmico desta sociedade, sua análise não poderia ser feita de forma micro, pois podíamos cair na armadilha de uma análise simplistas das expressões do racismo. Ou então, cair no erro de interpretar de forma equivocada esse silêncio denunciado nesta investigação, pois, assim como, a prática da violência obstétrica contra as mulheres é uma expressão do racismo, o seu silenciamento na produção científica também é. Essas práticas são faces de um mesmo fenômeno, que ao mesmo tempo em que se apresenta na forma de violência, pode se apresentar, também, como o próprio silêncio da mesma, fazendo com que o silenciamento dessa violação seja uma normalidade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 15, n. 36, p. 79-92, Mar. 2011 .Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 de Nov.2017.

ALMEIDA, Magali Da Silva - Desumanização da população negra, genocídio como princípio tácito do capitalismo. **Em Pauta**, Rio de Janeiro _ 2o Semestre de 2014 - n. 34, v. 12, p. 131- 154 Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro 132

ALMEIDA, Millani Souza. **Cuidado pré-natal a mulheres negras e brancas no Brasil**: indicador de adequação e fatores associados. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2017.

ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento et al . Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Matererno Infantil**. Recife , v. 16, n. 1, p. 29-37, Mar. 2016 .

BAIROS, Luiza. Nossos feminismo revisitados. **Estudos Feministas**, 3, 1995, pp. 458-463.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa /Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília – DF Fevereiro de 2007

_____. Dossiê Mulheres Negras retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Saúde da População Negra / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa.- Brasília, 2016.

BOCCHI, Aline Fernandes Azevedo. Posições subjetivas em face da violência: traços constitutivos de memória em testemunhos de mulheres. **Fórum Linguístico**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 1808-1822, mar. 2017. ISSN 1984-8412. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/forum/article/view/45969>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estudos Avançado**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 117-133, Dec. 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142003000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de Nov.2018.

_____. **Enegrecer o feminismo**: a situação da mulher negra na América latina a partir de uma perspectiva de gênero. 2011. Disponível em:

Dispon[<http://www.unifem.org.br/sites/700/710/00000690.pdf>] – acesso em: 18 jan. 2018

CENÁRIOS DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL. Oliveira RMS, organizadores. Belo Horizonte: Fino Traço/Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; 2016. 222 p. ISBN 978-85-67589-13-8.

CISNE, Mirla. Direitos humanos e violência contra as mulheres: uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Serviço Social em Revista**, v. 18, 2015

DAHLBERG, Linda L. and KRUG, Etienne G.. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e saúde coletiva**, 2006, vol.11, p.1163-1178. ISSN 1413-8123.

DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Revista Estudos Feministas.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 133-151, Apr. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2012000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10/02/2018.

DOMINGUES, Petrônio José. O mito da democracia racial e a mestiçagem em São Paulo no pós-abolição (1889-1930). **Tempos Histórico**, Volumes 5-6 (2003-2004).

Disponível em:

<<http://erevista.unioeste.br/index.php/temposhistoricos/article/view/8019/5928>>.

Acesso em: 5 jan. 2018

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, 1997.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 627-637, 2005.

_____. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1010-1015, Dec. 2011. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de Nov.2018.

DINIZ, Simone Grilo et al . Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015 .

FERREIRA, Kauara Rodrigues Dias. **Racismo e sexismo em instituições de saúde do DF: pré-natal, parto e pós-parto de mulheres negras**. 2015. 158 f., il. Dissertação (Mestrado em Sociologia)—Universidade de Brasília, Brasília, 2015

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, 1984, p. 223-244.

GUIMARÃES, Antônio Sergio Alfredo. Raça e os Estudos de Relações Raciais no Brasil. **Novos Estudos CEBRAP** N.º 54, julho 1999 p. 147-156. Disponível em: <<http://novosestudos.uol.com.br/produto/edicao-54/>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

IANNI, Octavio. Dialética das relações raciais . **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 21-30, Abr. 2004. ISSN 1806-9592. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/9966>>. Acesso em: 05 jan. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142004000100003>.

KALCKMANN, Suzana. Mortalidade Materna entre as mulheres negras em São Paulo: equidade? Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos. **Boletim do Instituto de Saúde** Volume 17 – nº 2 – Dezembro 2016 ISSN 1518-1812 / Online: 1809-7529

LEAL, Maria do Carmo et al . Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 25 de Out.2017.

_____. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2017, vol.33, p. 1-17

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. set., p. 37-45, 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de Nov.2018

LIMA, Kelly Diogo de. **Raça e violência obstétrica no Brasil**. 2016. 24, ilus f. TCC (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2016.

LÓPEZ, Laura Cecilia. Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça. **TOMO**. N. 28 JAN/JUN.|2016. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/5424/4447>>. Acesso em: 1 de Nov.2017

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. **História Ciência e Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro,

v. 12, n. 2, p. 419-446, Aug. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08/02/2018.

MARIANI, A., NASCIMENTO NETO, J. Violência obstétrica como violência de gênero institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. **Anais do EVINCI - UniBrasil**, Disponível em: <<http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/article/view/1107>>. Acesso em: 23 Jul. 2017

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra: Brasil ano 2001 / Fátima Oliveira – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.**

PACHECO, Ana Cláudia Lemos. “**Branca para casar, mulata para f... e negra para trabalhar**”; escolhas afetivas e significados de solidão entre mulheres negras em Salvador, Bahia. 324f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2008.

PEREIRA, Chirlene Oliveira de Jesus. **Acesso e utilização dos serviços de saúde por mulheres quilombolas para promoção da saúde reprodutiva**. 213 f. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo.) – Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal da Bahia, 2016.

PINTO, Elisabete Aparecida; VITA, Bruno Perroni. O retrocesso aos direitos humanos das mulheres: o aborto a partir projeto lei n.º 5.069, de 2013. **Revista Feminismos**, Vol.3, N.2 e 3, Maio - Dez. 2015

REGIS, Jacqueline Fiuza da Silva; RESENDE, Viviane de Melo. "Daí você nasceu minha filha": análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra. **DELTA**, São Paulo , v. 31, n. 2, p. 573-602, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-44502015000200573&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Nov. 2017.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Nascer no Brasil "em tempo": uma questão de hierarquia das intervenções no parto. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S35-S36, 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2017

RIBEIRO ,Jullyane Carvalho. Experiência e resistência de mulheres negras na trama do aborto clandestino. **Sisterhood**, 1º Edição. Disponível em: <https://www2.ufrb.edu.br/negrascgs/images/Caderno/Caderno_versao_atual.pdf#page=75>. Acesso em: 18 nov. 2017.

RODRIGUES, Diego Pereira et al . The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 614-620, Dec.

2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400614&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Fev. 2018.

ROLAND, Edna. Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 506, jan. 1995. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16469/15039>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

ROSA, Patricia Lima Ferreira Santa. **Mulheres negras, o cuidado com a saúde e as barreiras na busca por assistência**: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda- São Paulo, 2013.

SACRAMENTO, Amália Nascimento do; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1142-1149, Out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 Fev. 2018

SANTOS, Raíssa Paula Sena dos. **Violência obstétrica no Brasil: uma análise de determinações patriarcais**, racistas e capitalistas. / Cledna Dantas de Lucena - Mossoró - RN, 2016

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SOUZA, Nádia Ferreira de. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015

SANTOS, Sônia Beatriz dos. Feminismo negro diaspórico. **Revista Gênero**, V. 8, N. 1 (2007)

SANTOS, Thais Silva. Mulata e mãe preta do século XXI: discutindo representações de mulheres negras no Brasil. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos)**, Florianópolis, 2017

SMIGAY, Karin Ellen. Sexismo, homofobia e outras expressões correlatas de violência: desafios para a psicologia política. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 8, n. 11, p. 32-46, jun. 2002

MARQUES, Mariana. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 10** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. ISSN2179-510X. Disponível em: <http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372972128_ARQUIVO_PULHEZ_MarianaMarques_fazendogenero10_ST69.pdf>

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Obstetric violence in Brazil and cyberactivism of mothers: report of two experiences. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100209&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Fev. 2018.

SERPA, Elaine Rodrigues. **A intersecção de raça e gênero em duas políticas públicas em saúde no Brasil**. 2015. 37 f., il. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

SCHWARCZ, Lilia K. Moritz, **Usos e abusos da mestiçagem e da raça no Brasil: uma história das teorias raciais em finais do século XIX**. Afro-Ásia, 18, 1996. pp77-101. Disponível em: http://www.afroasia.ufba.br/pdf/afroasia_n18_p77.pdf. Acesso em: 14 jan. 2018.

SOUZAS, Raquel. **Relações raça e gênero em jogo: a questão reprodutiva de mulheres negras e brancas**. Tese de doutorado da Pós-Graduação em Saúde Pública, São Paulo, 2004. Disponível em: < http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/artigos-e-teses/relacoes_raciais_e_de_genero_em_jogo.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2017.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 10, n. 35, p. 1-12, jun. 2015. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1013>>. Acesso em: 18 jul. 2017. doi:[http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(35)1013).

TORNQUIST, Carmen Susana. **Parto e o poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil – Florianópolis: UFSC, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social**, 2004.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, Sept. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Fev. 2018

_____. Nossos passos vem de longe! Movimento de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo. WERNERC, Jurema (org) In: *Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil*.

WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. Saúde da população negra: da conceituação às políticas públicas. WERNERC, Jurema (org) In: *Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil*.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**., São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, set. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2017.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: revisão narrativa. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, e155043, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Nov. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A- QUADRO DO BANCO DE DADOS DA CAPES

BANCO DE DADOS DA CAPES

Assunto: Violência Obstétrica

Fonte: Plataforma Capes

Total de títulos: Aproximadamente 129 resultados

Títulos relacionados: 11 produções

Autores	Título	Ano	Área do conhecimento	Abordagem da questão racial
DINIZ, Normélia Maria Freire et al	Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA	2011	Ciências da saúde	Não
SILVA, Michelle Gonçalves da; MARCELINO, Michelle Carreira; RODRIGUES, Lívia Shélida Pinheiro; TORO, Rosário Carcaman; SHIMO, Antonieta KeikoKakuda	Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras	2014	Ciências da saúde	Não
SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; ABBUD, Fernanda de Souza Freitas; PREGNOLATTO; Olívia Separavich; SILVA; Michelle Gonçalves da; SHIMO, Antonieta KeikoKakuda	Do parto institucionalizado ao parto domiciliar	2014	Ciências da saúde	Não
RODRIGUES, Diego Pereira et al.	A peregrinação no período reprodutivo:	2015	Ciências da saúde	Não

	uma violência no campo obstétrico			
REGIS, Jacqueline Fiuza da Silva; RESENDE, Viviane de Melo	"Daí você nasceu minha filha": análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra	2015		Não
SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SOUZA, Nádia Ferreira de	Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática	2015	Ciências da saúde	Não
ALVARENGA, Sarah Pereira; KALIL, José Helvécio	Violência obstétrica: como o mito "parirás com dor" afeta a mulher brasileira	2016	Ciências da saúde	Não
ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento	Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco	2016	Ciências da saúde	Não
SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale	Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências	2016	Ciências da saúde	Não
ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho	Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa	2017		Não
AZEVEDO BOCCHI, Aline Fernandes.	Posições subjetivas em face da violência: traços constitutivos de memória em testemunhos de mulheres	2017	Linguística	Não

APÊNCIDE B- QUADRO DO BANCO DE DADOS DO GOOGLE ACADÊMICO

BANCO DE DADOS DO GOOGLE ACADÊMICO

Descritores: raça; racismo; discriminação racial; mulher negra; corpo negro; racismo institucional; violência obstétrica

Fonte: Google Acadêmico

Total de títulos: Aproximadamente 141 resultados

Títulos relacionados: 15 produções

Autor	Título	Ano	Área do conhecimento	Modalidade de produção
SACRAMENTO, Amália Nascimento do; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do.	Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça	2011	Ciências da Saúde	Artigo
DUARTE, Heloísa Helena da Silva	A construção social da “saúde reprodutiva” no Brasil. Um olhar na perspectiva da interseccionalidade de gênero e raça	2012	Ciências da Saúde	Dissertação
ROSA, Patricia Lima Ferreira Santa	Mulheres negras, o cuidado com a saúde e as barreiras na busca por assistência: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda	2013	Ciências da Saúde	Dissertação
COSTA, Simone Gomes	A equidade na saúde brasileira : uma análise da política nacional de	2013		Monografia

	saúde integral da população negra			
SERPA, Elaine Rodrigues	A intersecção de raça e gênero em duas políticas públicas em saúde no Brasil	2015	Ciências da Saúde	Monografia
FERREIRA, Kauara Rodrigues Dias	Racismo e sexismo em instituições de saúde do DF : pré-natal, parto e pós-parto de mulheres negras	2016	Ciências Sociais	Dissertação
RIBEIRO ,Jullyane Carvalho	EXPERIÊNCIA E RESISTÊNCIA DE MULHERES NEGRAS NA TRAMA DO ABORTO CLANDESTINO	2016	Ciências sociais	Artigo
LIMA, Kelly Diogo de	Raça e violência obstétrica no Brasil	2016	Ciências da Saúde	Monografia
LÓPEZ, Laura Cecilia	Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça	2016	Ciências Sociais	Artigo
CENTENO, Silvia Regina	As representações de sujeito na política nacional de saúde integral da população negra (PNSIPN) : uma abordagem de gênero e raça/cor	2016		Dissertação
SANTOS, Raíssa Paula Sena dos	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: uma análise de determinações	2016	Ciências Sociais Aplicadas	Dissertação

	patriarcais, racistas e capitalistas			
KALCKMANN, Suzana	Mortalidade Materna entre as mulheres negras em São Paulo: equidade?	2016	Ciências da Saúde	Artigo
LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; PEREIRA, Ana Paula Esteves; PACHECO, Vanessa Eufrauzino; CARMO, Cleber Nascimento do; SANTOS, Ricardo Ventura	A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil	2017	Ciências da Saúde	Artigo
MILLANI, Souza de Almeida	Cuidado pré-natal a mulheres negras e brancas no Brasil: Indicador de adequação e fatores associados	2017	Ciências da Saúde	Dissertação
CHIRLENE, Oliveira de Jesus Pereira	Acesso e utilização de serviços de saúde por mulheres quilombolas para a promoção da saúde reprodutiva	2017	Ciências Sociais	Dissertação