

**UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - UNAERP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM DIREITOS COLETIVOS E CIDADANIA**

MARINA DOS SANTOS MARTINS CAMARGO

**ANÁLISE SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA
MULHERES NEGRAS NA PERSPECTIVA DO RACISMO
INSTITUCIONAL**

RIBEIRÃO PRETO/SP

2024

MARINA DOS SANTOS MARTINS CAMARGO

**A ANÁLISE SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA
MULHERES NEGRAS NA PERSPECTIVA DO RACISMO
INSTITUCIONAL**

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestra em Direitos
Coletivos e Cidadania pela Universidade de
Ribeirão Preto - UNAERP, sob a orientação
da Prof^ª. Dra. Maria Cristina Vidotte Blanco
Tárrega.

RIBEIRÃO PRETO/SP

2024

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

CAMARGO, MARINA DOS SANTOS MARTINS, 1993-

C172a

Coorientador: Prof.º Ms.º .

Dissertacao (Mestrado) - Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP,
Direito (Mestrado/Doutorado), 2024.

1. Violência Obstétrica. 2. Mulheres Negras. 3. Racismo Estrutural.
4. Racismo. 5. Sexismo. II. Título.

MARINA DOS SANTOS MARTINS CAMARGO

**ANÁLISE SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA MULHERES NEGRAS NA
PERSPECTIVA DO RACISMO INSTITUCIONAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Direito da
Universidade de Ribeirão Preto para
obtenção do título de Mestre em Direito.

Área de Concentração: Direitos Coletivos e Cidadania

Data da defesa: 18 de dezembro de 2024

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Maria Cristina Vidotte Blanco Tárrega
Presidente/Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP



Profª. Dra. Carla Vladiane Alves Leite
Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP



Profª. Dra. Martha Priscylla Monteiro Joca Martins
Toronto Metropolitan University

RIBEIRÃO PRETO
2024

AGRADECIMENTOS

Esta minha pesquisa é resultado de uma longa caminhada, repleta de aprendizados, desafios e apoio incondicional de pessoas que me inspiram a seguir adiante.

Agradeço primeiramente às minhas Divindades e aos Orixás, em especial, Oxum e Xangô, pela força e sabedoria para enfrentar este caminho. À minha família (Maria José, Elpídio, Maria Aparecida, Maria Carolina e Mariana) e todos os meus grandes amigos pelas palavras de incentivo, compreensão, gestos de carinho e motivação, estejam eles pertos ou distantes, agradeço por toda energia positiva direcionada a mim.

À minha orientadora Professora Maria Cristina Vidotte Blanco Tárrega por toda sua atenção, dedicação e paciência em me instruir em cada fase do meu trabalho, além da inspiração proporcionada através de sua história de luta na defesa dos povos quilombolas. Aos professores da banca de qualificação Carla Vladiane Alves Leite e Rabah Belaidi por me trazerem ao foco, diante de tantas temáticas abordadas por mim anteriormente, no anseio da Justiça Racial. Bem como a todos os professores e professoras do programa de Graduação e Pós-Graduação Mestrado da UNAERP, minha universidade-mãe, honrosamente representada pelo Reitor Professor Sebastião Sérgio da Silveira, e tantos outros docentes e ativistas que me inspiram, cujos ensinamentos ampliaram meus horizontes e fortaleceram meu pensamento crítico, como uma defensora dos Direitos Humanos, especialmente nas questões que envolvem os Justiça Racial e de Gênero.

Por fim, dedico este trabalho a toda a ancestralidade negra e seus filhos e filhas, os quais me inspiram diariamente a continuar a luta. Nossa história é de orgulho, reinados, luta, sabedoria, cultura, resistência e resiliência. Vocês são a razão pela qual me comprometo diariamente a pesquisar e promover transformações, mesmo que pequenas, sejam elas acadêmicas ou sociais, direta ou indiretamente. Esta dissertação de mestrado é um reflexo do meu desejo de contribuir, dentro de todas as minhas possibilidades, para a preservação do passado, transformação do presente, e esperança de um futuro mais igualitário, fraterno e justo.

A todas as mulheres negras gestantes, abençoadas pela Mãe África - berço da humanidade e guardiã da ancestralidade - as quais, corajosamente, carregam em seus ventres nossa Esperança - como Garcia.

A todos que, de alguma forma, fizeram parte desta trajetória, meus mais sinceros agradecimentos.

*“Mil nações moldaram minha cara. Minha voz, uso
para dizer o que se cala. Ser feliz no vão, no triz, é
força que me embala. O meu país é meu lugar de fala”*

*(Douglas Germano/Elza Soares
Álbum: Deus é Mulher, 2018)*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 A MULHER NEGRA, A GESTAÇÃO E O RACISMO INSTITUCIONAL	14
2.1 A INTERSECCIONALIDADE DE OPRESSÕES DE RAÇA, CLASSE E GÊNERO	18
2.2 O RACISMO INSTITUCIONAL	27
2.3 O PACTO DA BRANQUITUDE	31
2.4 LUGAR DE FALA	32
2.5 O COLONIALISMO, A COLONIALIDADE E O PENSAMENTO DECOLONIAL	35
2.5.1 A sexualização e utilização dos corpos das mulheres negras na colonialidade	37
3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA A MULHER NEGRA NO BRASIL	46
3.1 COORTE DE NASCIMENTOS EM PELOTAS E RIBEIRÃO PRETO E A PESQUISA “NASCER NO BRASIL”	55
3.2 A VIOLÊNCIA FÍSICA E SEXUAL CONTRA NEGROS E NEGRAS	59
3.3 A EUGENIA E A CULTURA DO ESTUPRO CONTRA CORPOS NEGROS	64
4 MORTALIDADE MATERNA E ASSISTÊNCIAS À GESTANTE	68
4.1 NO MUNDO	71
4.2 NO BRASIL	74
5 POLÍTICAS, DIRETRIZES E NORMATIVAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E OUTRAS LEGISLAÇÕES SOBRE DIREITOS DA GESTANTE	77
5.1 O MINISTÉRIO DA SAÚDE E A VIOLÊNCIA CONTRA A GESTANTE NEGRA	89
5.2 PROGRAMAS DE ATENÇÃO À GESTANTE EM SITUAÇÃO DE RUA	95
6 O ABORTO, O PROJETO DE LEI Nº 1904/2024, O ESTUPRO E A CRIMINALIZAÇÃO DAS VÍTIMAS	98
7 AS GESTANTES, PUÉRPERAS E MÃES DE MENORES NO SISTEMA PENITENCIÁRIO	104
8 CONCLUSÃO	106
REFERÊNCIAS	108

RESUMO

A violência obstétrica no Brasil contra a mulher negra é uma manifestação do racismo institucional e das desigualdades de gênero no sistema de saúde. Quando comparadas às mulheres brancas, as mulheres negras são mais propensas a sofrer maus-tratos na gestação, durante e após o parto, como negação de anestesia, procedimentos invasivos sem consentimento e tratamento desrespeitoso. Esta violência está ligada à discriminação racial e ao despreparo dos profissionais de saúde em lidar com estas particularidades da população, resultando em consequências graves, como a maior mortalidade materna entre mulheres negras. O Sistema de Saúde Brasileiro reflete diretamente a sua população, desta forma, o racismo e a discriminação por gênero também estarão constantes nas estruturas das instituições de saúde. Em 2019, o Disque 180 da Central de Atendimento à Mulher, o qual oferece um serviço público e gratuito para receber denúncias de violência obstétrica, entre outros tipos de violência contra a mulher, verificou que as denúncias de violência obstétrica já são dez vezes maiores que as de 2018. Consta que, nos quatro primeiros meses de 2018, foram registradas 26 denúncias através do 180, já em 2019, no mesmo período de 2019, foram 260 denúncias. Isto se dá por vários motivos, tanto pelo fato das mulheres terem maior consciência sobre seus direitos gestacionais e direitos femininos, pela coragem em denunciar, quanto pela crise no Sistema de Saúde (Cerdeira, 2019). Outros canais de denúncia de violência obstétrica são o Disque 136 Saúde e o 0800-701-9656 da Agência Nacional de Saúde Suplementar para reclamar sobre o atendimento do plano de saúde. O tema desta pesquisa é de extrema relevância e importância pois revela as violências interseccionais enfrentadas por grande parte da população brasileira, tendo em vista que o país é composto por 55,5% de negros (pretos e pardos) e 51,5% de mulheres, de acordo com o Censo 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Palavras-chaves: Violência Obstétrica; Mulheres Negras; Racismo Estrutural; Racismo; Sexismo.

ABSTRACT

Obstetric violence against black women in Brazil is a manifestation of institutional racism and gender inequalities in the health system. When compared to white women, black women are more likely to suffer mistreatment during pregnancy, during and after childbirth, such as denial of anesthesia, invasive procedures without consent and disrespectful treatment. This violence is linked to racial discrimination and the lack of preparation of health professionals to deal with these particularities of the population, resulting in serious consequences, such as higher maternal mortality among black women. The Brazilian Health System directly reflects its population, thus, racism and gender discrimination are also constant in the structures of health institutions. In 2019, the Women's Assistance Center's Hotline 180, which offers a free public service to receive reports of obstetric violence, among other types of violence against women, found that reports of obstetric violence are already ten times higher than in 2018. It is reported that, in the first four months of 2018, 26 reports were registered through the 180 number, while in 2019, in the same period of 2019, there were 260 reports. This is due to several reasons, both because women are more aware of their gestational rights and women's rights, because they have the courage to report, and because of the crisis in the Health System (Cerqueira, 2019). Other channels for reporting obstetric violence are the Health Hotline 136 and the National Supplementary Health Agency's 0800-701-9656 number to complain about health insurance coverage. The theme of this research is extremely relevant and important as it reveals the intersectional violence faced by a large part of the Brazilian population, considering that the country is made up of 55.5% black people (black and brown) and 51.5% women, according to the 2022 Census of the Brazilian Institute of Geography and Statistics - IBGE.

Keywords: Obstetric Violence; Black Women; Structural Racism; Racism; Sexism.

1 INTRODUÇÃO

Na história de parturização no Brasil do século XIX, a constituição da “Arte Obstétrica” sempre foi realizada por mulheres denominadas “aparaideiras” ou “comadres” (Brenes, 1991, p.1), as quais exerciam o papel de assistir as mulheres, seja nos cuidados no pré, durante e no pós parto, seja em outras circunstâncias que envolviam a saúde da mulher como doenças venéreas e abortos.

Em 1991, através da análise de 83 teses médicas obstétricas, produzidas tanto no Estado da Bahia quanto no Rio de Janeiro no século XIX, a Fundação Oswaldo Cruz em parceria com a pesquisa “História da Parturização no Brasil” constatou este cenário:

Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como paraideiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam domiciliarmente as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido). Estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre temas vários, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio. Na sua maioria, eram mulatas ou brancas e portuguesas e pertenciam aos setores populares (*ibidem*).

Para além disso, o desenvolvimento e introdução da Medicina no mundo da parturização inaugurou a “experimentação clínica articulada com o discurso anátomo-patológico”, bem como a “produção de um saber anatômico e fisiológico da mulher, a partir do olhar masculino” (*ibidem*).

A violência obstétrica no Brasil ainda é desconhecida por parte da sociedade que, por vezes, acredita que a ação sofrida enquanto gestante não foi violência, foi dada como algo normal, dentro das consequências e “malefícios” da gravidez. As más práticas profissionais são naturalizadas (ou até ignoradas) e podem desencadear graves doenças e disfunções corporais seja na gestante ou no feto.

As Nações Unidas definem a violência contra as mulheres como “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada” (OPAS, [s.d])

A Pesquisa “Nascer no Brasil”, a maior já realizada sobre parto e nascimento no Brasil - ao entrevistar 23.894 mulheres em maternidades públicas, privadas e mistas, hospitais, em 191 municípios -, revelou que a escassez de medicamentos e equipamentos

mínimos necessários aos atendimentos de emergência voltados à mulher e ao recém-nascido interferem diretamente na qualidade das instituições hospitalares, sendo que a maior deficiência são as regiões do Norte e Nordeste, seguidas pela Centro-Oeste, principalmente em estabelecimentos públicos e mistos.

Além disso, as regiões Sul e Sudeste apresentam índices próximos ou até superiores ao patamar da rede privada. Vale ressaltar que o estudo indicou que o Sistema Único de Saúde foi o responsável pelo pagamento de 80% do total de partos, ocorridos em maternidades públicas e mistas.

Ressalta-se o equivocado e preconceituoso senso comum ao considerar que a violência obstétrica ocorre apenas em hospitais públicos. Ela também pode ocorrer em hospitais particulares, tendo em vista que não há um perfil traçado de profissionais que podem agir desta maneira criminosa, não há uma previsão absoluta.

O Ministério da Saúde, por meio da instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, pela Portaria nº 1.067, de julho de 2005, considera como princípios gerais e diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal a qualidade e humanização dos serviços prestados pelos profissionais de saúde, acolhendo a gestante e o recém-nascido com dignidade, e devidos sujeitos de direitos.

Portanto autônomos e protagonistas de sua vida, todavia, sempre alinhados a co-responsabilização deles com os profissionais e serviços, como uma participação coletiva.

O principal objetivo da atenção obstétrica e neonatal é acolher a gestante desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento saudável da criança e bem-estar da mulher e do recém-nascido, utilizando-se dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.

Ressalta-se que o parto é um momento de profunda vulnerabilidade e exposição, pois estão com poucas vestes, sem óculos, na presença de profissionais desconhecidos, ou seja, um cenário de total passividade desta gestante.

A exemplo, muitas vezes, mesmo ao saber que “aquele” toque foi agressivo ou repetidamente desnecessário, ela não possui voz para falar, por falta de maiores informações ou até por medo de represália e repressão.

Algumas das diretrizes de atenção ao parto são: (i) acolher e examinar a parturiente; (ii) chamar a gestante pelo nome e identificar os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento; (iii) escutar a mulher e seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito e compartilhando as decisões sobre as condutas a serem tomadas.

Encontramos diversas gestantes relatando descaso e falta de atenção com elas, relatos de mulheres que foram ignoradas em suas opiniões e mantidas como leigas em todo o processo de gestação, parto e pós-parto. Em razão da falta de informação e da naturalização das más práticas, ainda há grande dificuldade das pessoas em reconhecerem tais condutas como violência.

De acordo com o Núcleo Institucional de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher, em parceria com a Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul, são exemplos de violência obstétrica:

(i) xingamentos, humilhações jocosas e comentários constrangedores em razão da cor, da raça, da etnia, da religião, da orientação sexual, da idade, da classe social, do número de filhos, etc (Ex: “Na hora de fazer não chorou!”; “Já está no terceiro parto e ainda não aprendeu, fica gritando!”; “Você aqui de novo?”);

(ii) episiotomia (“pique” no parto vaginal) sem necessidade, sem anestesia ou sem informar à mulher;

(iii) ocitocina (“sorinho”) sem necessidade;

(iv) infantilizar a mulher, tratá-la como incapaz;

(v) Manobra de Kristeller (pressão sobre a barriga para empurrar o bebê);

(vi) lavagem intestinal durante o trabalho de parto;

(vii) raspagem dos pelos pubianos;

(viii) amarrar a mulher durante o parto ou impedi-la de se movimentar;

(ix) não permitir que a mulher escolha sua posição de parto, obrigando-a a parir deitada com a barriga para cima e pernas levantadas;

(x) impedir a mulher de se alimentar e beber água durante o trabalho de parto;

(xi) negar anestesia, inclusive no parto normal;

(xii) toques realizados muitas vezes, por mais de uma pessoa, sem o esclarecimento e consentimento da mulher;

(xiii) dificultar o aleitamento materno na primeira hora;

(xiv) impedir o contato imediato, pele a pele do bebê com a mãe, após o nascimento sem motivo esclarecido à mulher;

(xv) proibir o (a) acompanhante que é de escolha livre da mulher;

(xvi) cirurgia cesariana desnecessária e sem informar à mulher sobre seus riscos.

De acordo com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, como empresa pública de direito privado vinculada ao Ministério da Educação (BRASIL, 2021), outras possíveis violências são caracterizadas por:

a) rir ou recriminá-la por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação etc;

b) não ouvi suas queixas e dúvidas, seja internada e em trabalho de parto;

c) tratá-la de maneira inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

d) fazê-la acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

e) recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

f) promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

g) manter as detentas algemadas em trabalho de parto;

h) após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;

i) submetê-la e/ou bebê a procedimentos exclusivos para treinar estudantes;

j) submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

k) depois do parto, retirar dela o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

l) não informá-la sobre seu direito à realização de ligadura das trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), desde que atendidos os novos requisitos mínimos previstos na Lei nº 14.443/2022;

m) tratar “o pai” do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

A violência obstétrica impacta negativamente na qualidade da saúde da mulher, seja física ou psicológica, tendo em vista que essas violações podem gerar traumas, medos, depressões, ansiedade, dificuldades na vida sexual, dificuldades na maternidade e em outra possível gestação.

Quando delineamos a questão racial da violência obstétrica, os índices são discrepantes. No Brasil, somos declarada e estatisticamente uma sociedade racista, possuímos uma estruturação de construção social baseada na discriminação e violência contra a população negra. Esta realidade ainda é latente e reflete em todo e qualquer espaço. Assim, a obstetrícia não estaria fora disso. As mulheres negras enfrentam o racismo obstétrico no pré, pós e no parto. É comum encontrarmos mulheres negras que passaram por situações semelhantes de violência, seja as normalizando, as ignorando por traumas, ou até mesmo não as identificando por falta de informações - é comum essas mulheres saberem que foram vítimas de violência obstétrica somente depois do parto, ao dialogar com outras pessoas.

Há mulheres que identificam a violência, conhecem seus direitos, porém não têm a garantia de escolhas, perdem sua autonomia e tornam-se vulneráveis às escolhas da equipe médica. Todavia, há aquelas que notam que foram vítimas de violência obstétrica apenas tardiamente:

Com a análise dos relatos das mulheres que sofreram VO, foi observada uma característica em comum, o tempo que elas demoraram em perceber que o que passaram durante a gravidez, parto, puerpério e ou processo de abortagem era na verdade VO. Um fator que contribui para isso é o desconhecimento por parte das mulheres dos seus direitos em relação à gestação e ao parto. (...) Aspectos que contribuem para tornar as mulheres reféns dos saberes médicos da equipe são: a banalização feita a todas as formas de violência experienciadas pelas mulheres durante o momento do parto, procedimentos invasivos tidos como rotineiros e comuns, a exigência de que a parturiente fique em silêncio e aceite de forma passiva todos os procedimentos realizados por eles. Estes aspectos somados ao medo de sofrer algum dano a sua saúde ou a do bebê contribuem para que a mulher fique em silêncio e aceite as escolhas da equipe de saúde. Desta forma, não denunciam ou não reclamam porque têm medo, desistindo frente às ameaças ou violências concretas ou mesmo por não terem conhecimento sobre os seus direitos e sobre as formas de violência obstétrica que lhes estão sendo imputadas (Estumano et. al, 2017). O fato de não denunciarem a violência sofrida, coopera para

que a VO se perpetue e se naturalize naquele ambiente (majoritariamente hospitais) (Assis *et al.*, 2020, p. 16-17).

Alguns relatos de experiências dessas mulheres foram colhidos no artigo “Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica”, como: “Só fui me dar conta de todas essas reflexões sobre tudo que passei antes, durante e depois do parto depois de começar a ler, em alguns momentos vinha tudo na minha mente até eu finalmente entender que eu não tive um atendimento humanizado, que não tive minhas escolhas respeitadas e que fui na verdade uma cobaia na mão de médicos residentes, e que por isso não pude viver com total sublime a emoção de uma gravidez” / “Alguns meses depois, descobri que tudo o que aconteceu comigo, tinha nome e sobrenome: Violência obstétrica. Mas, já era tarde, eu não tinha me empoderado antes, não podia voltar atrás. A única coisa que me cabia era denunciar ou não” / “Apesar da nossa revolta, achamos que seria um procedimento normal. Até que comentei com uma amiga sobre o horror que eu vivi e ela me informou que esse procedimento deveria ter sido realizado sob anestesia. Que deveria ter acordado somente depois da curetagem e sem dor. Não acreditei que passei por tudo aquilo apenas porque fui entregue a pessoas sádicas e doentes. (...) Eles acharam que eu havia provocado meu aborto e por conta disso resolveram me punir. Fui vítima da violência obstétrica. Sofri por perder meu bebê e ainda fui punida por isso” / “Eu não conseguia conversar com as pessoas, só chorava e fui tomando consciência aos poucos das agressões que eu havia sofrido e da forma violenta como a minha filha foi tirada de mim” (Assis *et al.*, 2020, p. 17-18).

Assim verifica-se a importância de considerarmos e inserir o cuidado com a saúde mental da vítima de violência obstétrica:

Compreendemos que a Psicologia tem um papel muito importante junto a mulher que sofreu a VO, dando o suporte psicológico necessário e trabalhando questões específicas que essa mulher apresente como demanda ao profissional de Psicologia. A Psicologia pode contribuir também no combate a VO, junto aos profissionais da saúde envolvidos com a gestante e puérpera, por meio de psicoeducação no ambiente hospitalar. O profissional de Psicologia também pode contribuir no combate da VO, informando diretamente as mulheres e no desenvolvimento de materiais informativos sobre a VO que podem ser disponibilizados em todos os ambientes de saúde onde as gestantes tenham acesso (Assis *et al.*, 2020, p. 17-19).

Esta normalização também acarreta na obsolescência dos hospitais com a manutenção de procedimentos assistenciais e comportamentos invasivos e abusivos de profissionais de saúde e nos nossos altos índices de mortalidade materna.

Não coincidentemente, o número de partos humanizados dentro das próprias casas, casas de parto ou hospitais com equipe especializada cresce no Brasil - seja por doulas, equipe de enfermagem ou equipe médica. A exemplo, um levantamento realizado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal aponta que houve um crescimento de 172% no número mensal de partos humanizados, feitos por enfermeiras obstetras, se levar em conta o ano de 2019 (Albuquerque, 2022). Ressalta-se que todos os hospitais da rede pública de saúde do DF, são habilitados pela Rede Cegonha, programa do SUS que garante atendimento humanizado às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto (Yamaguti, 2023).

Este número cresce continuamente em decorrência da maior atenção, afetividade, acolhimento, conforto, empatia e respeito dados à vontade da mulher, seja por parto natural ou cesárea, a mulher escolhe o tipo de parto e recebe maior atenção e cuidados assistenciais, contribuindo para o empoderamento da mulher.

A exemplo disto: (i) presença do acompanhante de livre escolha da grávida 24 horas ao dia; (ii) presença de doula; (iii) escolha da posição para o parto vaginal; (iv) uso de métodos não-farmacológicos para alívio da dor como bolas, banquetas, massagem, água morna, etc; (v) ambiência adequada com luzes e sons que dêem conforto à paciente; (vi) contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida do bebê; (vii) garantia de cuidados que reduzam procedimentos invasivos; (viii) respeito à fisiologia do parto, entre outros.

As doulas, por exemplo, cuidam do bem-estar físico e emocional da mulher durante a gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto, porém não executam procedimentos técnicos (médicos, clínicos, de enfermagem e enfermagem obstétrica). Sua presença reduz o número de cirurgias cesarianas a pedido, diminui o tempo de trabalho de parto e os pedidos de anestesia e também facilita o vínculo entre mães e bebês no pós-parto.

Em 2002 o Ministério da Saúde lançou o "Programa Humanização do Parto (PHPN): humanização no pré-natal e nascimento" pautado nos preceitos de que a humanização da assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério, tendo como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da

assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, à luz dos direitos de cidadania. Como um dos objetivos do PNH:

Estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, em 2010, o Ministério da Saúde, junto à Secretaria de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, lançaram o "Cadernos HumanizaSUS", seguindo as seguintes sequências de volumes: 1) formação e intervenção; 2) atenção básica; 3) atenção hospitalar; 4) humanização do parto e do nascimento; 5) saúde mental.

Antes de adentrarmos ao tema, tem-se necessário ressaltar a importância do debate sobre a interseccionalidade da mulher negra, como uma agente social que articula sua resistência frente à múltiplas formas de opressão, como o racismo, sexismo e desigualdade socioeconômica.

2 A MULHER NEGRA, A GESTAÇÃO E O RACISMO INSTITUCIONAL

No artigo intitulado “A Birth Story” (Uma História de Nascimento), as autoras explicam que “o racismo obstétrico fica na intersecção da violência obstétrica e do racismo médico” (Davis, 2021, n.p.) , e são mecanismos e práticas de subordinação as quais as mulheres negras são submetidas durante a pré-concepção, gravidez, cuidados pré-natais, parto, nascimento e cuidados pós-parto. Para elas, existem sete dimensões do racismo obstétrico: 1. lapsos de diagnóstico; 2. negligência, desdém ou desrespeito; 3. causar dor intencionalmente; 4. coerção; 5. cerimônias de degradação; 6. abuso médico; e 7. reconhecimento racial.

Conceituando as sete dimensões, as autores explicam:

Lapsos de diagnóstico: quando a crença inquestionável de um clínico de que a negritude é patológica o leva a subestimar, exagerar ou ignorar os sintomas de um paciente, resultando em um diagnóstico inadequado ou omissão;

Negligência, indiferença ou desrespeito: Quando profissionais médicos não prestam atenção a uma pessoa que precisa de cuidados reprodutivos ou a tratam com desdém;

Causar dor intencionalmente: Quando os profissionais médicos não conseguem controlar adequadamente a dor, o que pode estar enraizado em crenças racializadas sobre imunidade à dor e na ausência de empatia pelo sofrimento físico dos negros, levando à falta de motivação interna para aliviar ou reduzir o sofrimento dos negros;

Coerção: Quando profissionais médicos realizam procedimentos sem consentimento ou intimidam pacientes a tomar decisões, como dizer a uma paciente que seu bebê será prejudicado se ela não fizer um procedimento específico;

Cerimônias de degradação: As formas ritualísticas em que os pacientes são humilhados ou envergonhados e incluem uma sensação de ser avaliado para determinar o valor do paciente ou de sua(s) pessoa(s) de apoio que pode(m) ser vista(s) como uma ameaça. Em resposta, a equipe médica pode mobilizar segurança, polícia, serviços sociais ou psiquiatria para garantir a conformidade ou para remover a pessoa "ameaçadora";

Abuso médico: Pode ocorrer quando profissionais médicos se envolvem em experimentação ou comportamento repetitivo que não é motivado pela preocupação com o paciente, mas serve para validar a autoestima do clínico e manter seu domínio sobre o paciente;

Reconhecimento racial:

Descreve o esforço que as mulheres negras fazem para evitar ou mitigar encontros racistas, incluindo ser hipervigilante sobre procedimentos e encontrar provedores (*ibidem*).

No Brasil, a mulher negra e gestante a todo o momento está vulnerável a várias modalidades de violências. Sua gravidez pode ser, naturalmente, traumática por complicações biológicas, ou, socialmente traumática por consequência do racismo institucional hospitalar.

A cartilha “Pequeno Manual de Antirracismo Obstétrico” (Ferreira, 2023), elaborado pelo Grupo de Trabalho de Combate ao Racismo Obstétrico da vereadora do Rio de Janeiro Thais Ferreira, reúne informações orientadoras que ajudam gestantes e suas famílias a identificar possíveis sinais de violência e racismo obstétrico, os quais podem acontecer em hospitais públicos ou privados. Assim, relata que o racismo obstétrico está

localizado na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo institucional e estrutural, e o conceitua da seguinte maneira:

É qualquer tipo de ação referida a uma pessoa e ao seu corpo durante o período da gestação, parto, puerpério ou assistência ao aborto, que expressa falas e ou ações que caracterizem opressões, discriminações e ou violências, definidas por disparidades de raça e gênero. Qualquer justificativa estigmatizante que negue ou ponha em risco a proteção de direitos humanos da pessoa no ambiente obstétrico, como injúria racial, violência obstétrica, racismo e LGBTQIA+fobia, ou ainda, que desvalorize a maternidade de pessoas negras (*ibidem*, p. 3).

Também é expressado na cartilha que racismo obstétrico difere-se da violência obstétrica, propriamente dita, na medida em que a última “é um tipo de violência praticada contra pessoas grávidas, puérperas ou em processo de abortamento em serviços de assistências à saúde, no setor público ou privado. Ela pode ser expressa por atos de caráter físico, sexual, material, violações de direitos e ou ações de repercussões psicológicas. Diferente do racismo obstétrico, acontece por uma questão de gênero e não, necessariamente, de raça” (*ibidem*). Atitudes racistas no ambiente obstétrico também foram exemplificadas na cartilha.

No momento do pré-natal, exemplos como: recusar medir pressão alegando que ela deve ter igual a do mês passado; não dar informações sobre parto e amamentação alegando que basta fazer força e colocar o bebê no peito; chegar a 35ª semana e alegar que a pessoa gestante está pronta para o parto e que ela poderá voltar apenas quando o bebê nascer; desencorajar a presença de acompanhante nas consultas; não fornecer a caderneta da gestante ou manter a caderneta na unidade de saúde; não solicitar os exames complementares previstos no pré-natal; não dar acesso a programa (ex.: Cegonha Carioca) que evitem que a pessoa gestante caminhe de maternidade em maternidade buscando atendimento.

No momento do parto, exemplos como: aplicar soro para que o bebê nasça mais rápido, mas não aplicar analgesia alegando ser a raça negra mais forte e resistente a dor; dizer para a gestante fazer força, que ela tem semblante de parideira, que ano que vem ela estará de volta; dar o “pique” alegando que irá ajudar o bebê a sair; exigir que a gestante retire o cabelo/tranças para o procedimento de cesariana; não oferecer técnicas não farmacológicas de alívio da dor; negligenciar o cuidado durante internação, deixando a pessoa negra horas sem avaliação; negligenciar a ausculta fetal intermitente; realizar cortes ou suturas sem anestesia local; realizar descolamento de membrana ou rompimento de

bolsa sem indicação e autorização; falar para a pessoa em trabalho de parto “na hora de fazer você não gritou”, “com essas ancas, vai ser fácil parir”, “foi fácil fazer, quero ver botar pra fora”; negar que a pessoa negra beba água, se alimente e se movimente livremente durante o trabalho de parto; enfatizar a necessidade de limpeza de pessoas negras durante internação na unidade de saúde, quando essa mesma indicação não é feita para pessoas brancas.

No momento do pós-parto, exemplos como: relevar o machucado no peito, alegando que logo vai para de sangrar e que, se não parar, indicar dar a fórmula para o bebê tomar; questionar a paternidade do pai pela criança ter nascido mais clara; indicar tomar chá depois de reclamação de dor pós-parto da gestante; negligenciar as queixas de dor e desconforto no resguardo; fazer piadas ou comparações com os órgãos genitais dos bebês; avaliar a colocação do bebê a partir de um padrão de pele branca; insinuar que a pessoa negra vai produzir muito leite e amamentar com facilidade; negligenciar orientações e cuidados com a amamentação.

É de extrema importância ressaltar os históricos e permanentes articulações das mulheres negras brasileiras nas suas contribuições para a política de saúde. Sobre isto, a autora Jussara Francisca de Assis dos Santos destaca em seu artigo ser fundamental os movimentos feministas negros para o enfrentamento das desigualdades sociais em busca do direito à saúde como uma das principais pautas:

(...) a resistência das mulheres negras sempre esteve presente para a garantia à vida. A articulação feminina negra não é recente. Pode-se considerar que desde a travessia do Continente Africano para as Américas existiram muitas formas de resistência (...). O movimento de mulheres negras demonstra que, ao longo de sua trajetória, o direito à saúde é uma de suas prioridades de luta (...). Mulheres pretas e pardas têm liderado a luta pela justiça reprodutiva no Brasil ao pontuarem a indissociabilidade entre saúde, direitos sexuais/reprodutivos e justiça social (...). O direito à saúde é violado quando mulheres negras sofrem violência obstétrica, uma vez que coloca em risco sua integridade física e psicológica. A intersecção de opressões – gênero, raça/cor e classe – impactam o acesso à saúde e o exercício da sexualidade e da reprodução (...). É possível afirmar que o movimento de mulheres negras contribuiu para que o princípio da equidade fosse um dos pilares do SUS. (Santos, 2021, p. 4-8)

Em 1950, por exemplo, as mulheres organizadas do Teatro Experimental do Negro (TEN) já demonstravam estratégias de acesso às maternidades:

A todas nós mulheres negras, compete modificar este quadro sombrio. Como? Nada de desânimo quando uma maternidade, por exemplo, nega o ingresso. Devemos procurar o diretor do estabelecimento, insistir, usar todos os meios e remover as dificuldades, ainda mesmo que sejam motivadas por discriminação de cor. (Nascimento, 2003, p. 303 *apud* Santos, 2021, p. 5).

Assim, temos que as mulheres negras desempenharam e continuam desempenhando papéis fundamentais na formulação e implementação de políticas de saúde pública no Brasil, especialmente ao destacar a importância de abordar desigualdades raciais e de gênero no acesso aos serviços de saúde.

2.1 A INTERSECCIONALIDADE DE OPRESSÕES DE RAÇA, CLASSE E GÊNERO

O termo interseccionalidade foi, formalmente, inaugurado em 1989, no artigo “Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics” de Kimberlé Crenshaw (Akotirene, 2019, p. 58).

Kimberlé Crenshaw, em seu artigo intitulado “Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero”, define o termo interseccionalidade como:

(...) uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (Crenshaw, 2002, n.p.)

Acerca disto, neste mesmo artigo, Crenshaw apresenta uma metáfora de intersecção, na qual os vários eixos de poder (raça, etnia, gênero e classe) constituem “avenidas que estruturam os terrenos sociais, econômicos e políticos” e que, por meio delas, que “as dinâmicas do desempoderamento se movem”. Assim, também destacou que tais eixos são, por vezes, “distintos e mutuamente excludentes”, como por exemplo o racismo é diferente do patriarcalismo, que por sua vez é distinto da opressão de classe,

entre outros. A autoria ainda considera a violência contra as mulheres baseada na raça ou etnia o mais trágico exemplo de opressão interseccional, “concebida como uma subordinação interseccional intencional” (racismo e sexismo) como violação explícita de gênero, a exemplo dos massacres em Bósnia, Ruanda, Burundi e Kosovo. Akotirene ainda declara sua definição sobre o tema:

A interseccionalidade permite às feministas criticidade política a fim de compreenderem a fluidez das identidades subalternas impostas a preconceitos, subordinações de gênero, de classe e raça e às opressões estruturantes da matriz colonial moderna da qual saem (Akotirene, 2019, p. 38).

Importante ressaltar que, muitas outras mulheres já haviam tratado a temática da interseccionalidade, todavia, ainda como interferência de fenômenos sociais, e não propriamente com este nome. Crenshaw nomeou essas relações.

Salienta-se que, sobre essas “avenidas identitárias” (*ibidem*), não se deve hierarquizar dores e opressões, mas sim analisar seus efeitos diversificados, mas que levam à mesma opressão social que deve-se combater. Melhor dizendo, não existe hierarquia de opressões. Nesta esteira, Akotirene complementa o pensamento de Patrícia Hill Collins:

(Collins) recrimina argumentos de competição entre os mais excluídos, as hierarquias entre eixos de opressão e violações consideradas menos preponderantes. Juntos, racismo, capitalismo e heteropatriarcado devem ser tratados pela interseccionalidade observando os contornos identitários da luta antirracista diaspórica, a exemplo dos brancos de candomblé, que argumentam opressões religiosas sofridas, ignorando que os ataques impostos ao candomblé são, precisamente, ataques contra a cultura do povo negro (Akotirene, 2019, p. 38).

Previamente, tem-se como fundamental não hierarquizarmos opressões. Djamila Ribeiro, em sua obra “O que é lugar de fala”, cita Angela Davis nesta mesma linha ideológica:

Ao nomear as opressões de raça, classe e gênero, entende-se a necessidade de não hierarquizar opressões, de não criar, como diz Angela Davis, em Mulheres negras na construção de uma nova utopia, “primazia de uma opressão em relação a outras” (Ribeiro, 2019, p. 13 e 14)

Sobre interseccionalidade do feminismo negro, Djamila Ribeiro ressaltava em sua obra “Quem tem medo do feminismo negro?”:

Pensar como as opressões se combinam e se entrecruzam, gerando outras possibilidades de existência. Além disso, o arcabouço teórico e crítico trazido pelo feminismo negro serve como instrumento para se pensar não apenas sobre as próprias mulheres negras, categoria também diversa, mas sobre o modelo de sociedade que queremos (...). Pensar na interseccionalidade é perceber que não pode haver primazia de uma opressão sobre as outras e que é preciso romper com a estrutura. É pensar que raça, classe e gênero não podem ser categorias pensadas de forma isolada, porque são indissociáveis (Ribeiro, 2018, p. 122-123).

A esse respeito, Bairros (1995) traz a Teoria do Ponto de Vista Feminino, segundo a qual não hierarquiza opressões, realizando somatória de características, mas sim considera que cada opressão traz experiências diversas para cada mulher, e referencia o mosaico da multidimensionalidade de Judith Grant (1991) como um aspecto da pluralidade de versão de mulheres:

A outra tentativa mais recente de transformar as categorias ‘mulher experiência e política pessoal’ é o ponto de vista feminista (*feminist standpoint*). Segundo essa teoria a experiência da opressão sexista é dada pela posição que ocupamos numa matriz de dominação, onde raça, gênero e classe social interceptam se em diferentes pontos. Assim uma mulher negra trabalhadora não é triplamente oprimida ou mais oprimida do que uma mulher branca na mesma classe social mas experimenta a opressão a partir de um lugar que proporciona um ponto de vista diferente sobre o que é ser mulher numa sociedade desigual racista e sexista. Raça, gênero, classe social, orientação sexual, reconfiguram-se mutuamente, formando o que Grant chama de um mosaico que só pode ser entendido em sua multidimensionalidade (Grant, 1991 *apud* Bairros, 1995). De acordo com o ponto de vista feminista, portanto, não existe uma identidade única, pois a experiência de ser mulher se dá de forma social e historicamente determinadas (Bairros, 1995).

É inexequível a mulher negra optar combater primeiro a discriminação por gênero e, após, por raça - ou o inverso. Ambas as identidades convivem simultaneamente, são indissociáveis, logo, as opressões, formas de dominações/discriminações sofridas e as lutas também devem ser, associadamente, simultâneas.

Conforme apresentado anteriormente, uma das barreiras ainda enfrentadas pelas mulheres negras é o feminismo individualista branco - também conhecido popularmente como feminismo universal - o qual não considera a pluralidade das mulheres, incluindo o atravessamento racista. Nesta esteira, Hooks (1981) destaca o movimento feminista do século XIX:

As mulheres negras do século XIX estavam mais conscientes da opressão sexista do que qualquer outro grupo feminino da sociedade americana tivesse estado. Não foram apenas o único grupo feminino mais vitimizado pela discriminação sexista e pela opressão sexista, a sua impotência era de tal forma resistente que dificilmente podia tomar a forma de ação coletiva organizada. O movimento de direitos das mulheres do século XIX podia ter providenciado um fórum para que as mulheres negras exprimissem as suas queixas, mas o racismo das mulheres brancas impediu-as de participarem de forma total no movimento. Para além disso, serviu como um túmulo que lembrava que o racismo tinha de ser eliminado antes de as mulheres negras serem reconhecidas como tendo voz igual às mulheres brancas nos assuntos dos direitos das mulheres (Hooks, 1981, p. 116).

As principais pautas das mulheres brancas do Movimentos Feminista destacavam que pertenciam à uma classe média, que se classificavam como universais. Elas defendiam o direito de não serem repreendidas sexualmente, de poderem ter direito à educação e um ponto específico que expressava muito bem como os recortes de raça e classe impedia o movimento de avançar como um todo: o direito ao trabalho. Em contrapartida, as mulheres negras eram hiperssexualizadas, poucas puderam usufruir da conquista à educação e, natural e arbitrariamente, desde seu nascimento, foi imposto a elas o trabalho - principalmente de empregada doméstica subserviente à família de classe média branca -, mas não como direito, e sim como repressão (Fonseca, 2021, p. 95).

Beatriz Nascimento, historiadora integrante do Movimento Negro Unificado (MNU), fundadora do Grupo de Trabalho André Rebouças (GTAR), ativista no feminismo negro, vencedora do Prêmio Mulher do Ano 1986 pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, vítima de feminicídio com apenas 52 anos de idade, e inscrita no Livro dos Heróis e Heroínas da Pátria, dialoga diretamente com o conceito de interseccionalidade sobre mulheres negras através de práticas e reflexões abordando questões de raça, gênero, classe e território na vivência das mulheres negras, especialmente no Brasil. Em seu ensaio “A mulher negra no mercado de trabalho”, publicado em 1976 no Jornal de Última Hora, Beatriz Nascimento ressalta:

A mulher negra, elemento que expressa mais radicalmente a cristalização dessa estrutura de dominação, vem ocupando os mesmos espaços e papéis que lhe foram atribuídos desde a escravidão (...). Seu papel como trabalhadora, *grosso modo*, não mudou muito. As sobrevivências patriarcais na sociedade brasileira fazem com que ela seja recrutada e assuma empregos domésticos nas áreas urbanas, em menor grau da indústria de transformação, e que permaneça como trabalhadora em espaços rurais (...). Se a mulher negra hoje permanece ocupando empregos similares aos que ocupava na sociedade colonial, é tanto devido

ao fato de ser uma mulher de raça negra como por seus antepassados terem sido escravizados (Nascimento, 1976, p. 261).

Hooks elucida que as urgências feministas brancas eram diferentes das negras, sendo estas mais radicais e humanitárias:

As organizações das mulheres brancas podiam confinar a sua atenção em questões como a educação, a caridade, ou a formação de sociedades literárias, enquanto as negras estavam preocupadas em questões como a pobreza, o cuidar dos idosos e inválidos, ou a prostituição. Os clubes de mulheres negras e as organizações eram potencialmente mais feministas e radicais na natureza do que os clubes de mulheres brancas devido à diferença de circunstância criada pela opressão racista. As mulheres brancas como grupo não tinham de lançar um ataque à prostituição como tinham as mulheres negras (idem, p. 119)

Hooks (2015) considera que as mulheres negras estão em uma posição incomum na sociedade ao estarem coletivamente na parte inferior da escada do trabalho e na condição social também inferior à de qualquer outro grupo, suportando as opressões interseccionais do machismo, racismo e classismo:

Ao mesmo tempo, somos o grupo que não foi socializado para assumir o papel de explorador/opressor, no sentido de que não nos permitem ter qualquer "outro" não institucionalizado que possamos explorar ou oprimir. As mulheres brancas e os homens negros têm as duas condições. Podem agir como opressores ou ser oprimidos. Os homens negros podem ser vitimados pelo racismo, mas o sexismo lhes permite atuar como exploradores e opressores das mulheres. As mulheres brancas podem ser vitimizadas pelo sexismo, mas o racismo lhes permite atuar como exploradoras e opressoras de pessoas negras. Ambos os grupos têm liderado os movimentos de libertação que favorecem seus interesses e apoiam a contínua opressão de outros grupos. O sexismo masculino negro prejudicou a luta para erradicar o racismo, assim como o racismo feminino branco prejudica a luta feminista. Enquanto definirem a libertação como a obtenção de igualdade social com os homens brancos da classe dominante, esses dois grupos, ou qualquer outro, terão um grande interesse na exploração e opressão continuada de outros (idem, 2015).

Neste sentido, sobre o pensamento feminista negro das estadunidenses como teoria social crítica, Collins ressaltou estas contradições do movimento feminista e a condição feminina nos Estados Unidos pois, diferentemente das mulheres brancas, as negras eram desvalorizadas e suas pautas eram ignoradas:

Se as mulheres são supostamente passivas e frágeis, por que as mulheres negras são tratadas como “mulas” e designadas para tarefas pesadas de limpeza? Se as boas mães devem ficar em casa com os filhos e as filhas, por que as estadunidenses negras assistidas por políticas sociais são forçadas a trabalhar e a deixá-los em creches? Se a maternidade é a principal vocação das mulheres, por que as mães adolescentes negras são pressionadas a usar contraceptivos como Norplant e Depo Provera? Na ausência de um feminismo negro viável que investigue como as opressões interseccionais de raça, gênero e classe promovem essas contradições, passar pela experiência de ser uma trabalhadora desvalorizada e uma mãe frustrada poderia facilmente gerar um ângulo de visão voltado para dentro, levando a uma opressão internalizada. (Collins, 2000, p. 12-13)

A autora também criticava a teoria do pensamento feminista negro a partir apenas do ponto de vista de mulheres negras acadêmica, o que é um erro, pois as vozes e experiências das outras mulheres negras trabalhadoras como as professoras, líderes comunitárias, escritoras, empregadas domésticas, abolicionistas, ativistas civis, compositoras de música popular, suas experiências também devem ser levadas em consideração para a construção e debate sobre a teoria e crítica social, valorizando todos os pontos de vista.

A raça, a classe e o gênero são considerados indispensáveis para a análise da discriminação, da violência e da interseccionalidade. Crenshaw (2002) relata a experiência de mulheres “dalit”, na Índia, como a incoerência, classismo, machismo e sexismo na determinação das mulheres indianas não puderam ser tocadas, ao tempo que, tocadas com motivação de castigo poderia:

Um exemplo pode ser resgatado da experiência das mulheres dalit, na Índia, que são espancadas ou sofrem outras formas de abuso em espaços públicos quando realizam suas responsabilidades 'femininas', como buscar água na fonte. Ou seja, os abusos ocorrem em contextos em que a suposta condição de 'intocável' as deixa vulneráveis à violência dos membros das castas mais altas, principalmente se esses considerarem que elas transgrediram suas fronteiras corporais (Crenshaw, 2002).

Assim, percebe-se que, em decorrência da misoginia e racismo, as mulheres racializadas acabam obtendo responsabilidades “femininas” marcadas pelas imposições sociais.

Hooks, em seu artigo “Mulheres negras: moldando a teoria feminista”, publicado em 2015, revela a problemática do movimento feminista “universal”, que, em sua essência e aparência, era verdadeiramente branco, não acolhendo as mulheres negras e trabalhadoras em geral, criando um feminismo exclusivo branco e de classe média:

Problemas e dilemas específicos de donas de casa brancas da classe privilegiada eram preocupações reais, merecedores de atenção e transformação, mas não eram preocupações políticas urgentes da maioria das mulheres, mais preocupadas com a sobrevivência econômica, a discriminação étnica e racial etc. (...) Como Friedan, antes delas, as mulheres brancas que dominam o discurso feminista atual raramente questionam se sua perspectiva sobre a realidade da mulher se aplica às experiências de vida das mulheres como coletivo (Hooks, 2015, n.p.).

Agravando esta situação, os discursos feministas brancos eram marcados de discriminação racial e econômica em seus fundamentos estruturais:

Também não estão cientes de até que ponto suas perspectivas refletem preconceitos de raça e classe, embora tenha havido uma consciência maior sobre esses preconceitos nos últimos anos. O racismo abunda nos textos de feministas brancas, reforçando a supremacia branca e negando a possibilidade de que as mulheres se conectem politicamente cruzando fronteiras étnicas e raciais. A recusa feminista, no passado, a chamar a atenção para hierarquias raciais e as atacar, suprimiu a conexão entre raça e classe. Mesmo assim, a estrutura de classe na sociedade norte-americana foi moldada pela estratégia racial da supremacia branca; apenas se analisando o racismo e sua função na sociedade capitalista é que pode surgir uma compreensão profunda das relações de classe. A luta de classes está indissoluvelmente ligada à luta para acabar com o racismo (idem).

O que se percebia era que as mulheres brancas - que inevitavelmente possuem sua raça como benefício - excluíram mulheres negras das decisões, justamente por considerá-las inferiores intelectualmente, mesmo quando acadêmicas, reforçando estereótipos ligados à classe:

Elas não nos viam como iguais, não nos tratavam como iguais. E, embora esperassem que fornecêssemos relatos em primeira mão da experiência negra, achavam que era papel delas decidir se essas experiências eram autênticas. Frequentemente, mulheres negras com formação universitária (mesmo aquelas de famílias pobres e de classe trabalhadora) eram desconsideradas como meras imitadoras. Nossa presença em atividades do movimento não contava, já que as mulheres brancas estavam convencidas de que a negritude "real" significava falar o dialeto dos negros pobres, não ter estudos, ser esperta e uma série de outros estereótipos (idem).

Neste mesmo artigo, Hooks também relatou que, ao matricular-se na disciplina de pós-graduação sobre Teoria Feminista, em 1981, na lista de leitura não havia textos de mulheres negras, indígenas, hispânicas ou asiáticas; apenas de homens e mulheres brancas

e de um homem negro. Assim, mesmo na contemporaneidade, ainda presenciamos discursos e obras feministas que não tratam da problemática racial, no que tange a mulher negra, reforçando o imaginário da mulher universal - que é a mulher branca, classe média, que luta pelo seu direito de escolher o trabalho que quiser.

No Brasil, o Movimento Feminista Negro teve início propriamente na década de 1970, com o Movimento de Mulher Negras (MMN), por sentirem a urgente necessidade do Movimento Negro Unificado e do Movimento Feminista tratarem pautas interseccionais. Isto vem do fato de que o MNU, era composto por muitos homens e, conseqüentemente, mantinha ainda uma ideologia machistas, assim como do Movimento Feminista com suas ideologias eurocêntricas de mulheres brancas de classe média.

As pautas do MMN baseavam-se em cinco temas: legado de uma história de luta; natureza interligada de gênero, raça e classe; combate aos estereótipos ou imagem de controle; atuação como mães, professoras e líderes comunitárias; e política sexual (Silva, 2019, n.p.). Através da imprensa, congressos nacionais e das empregadas domésticas, o movimento foi se fortalecendo, criando lideranças negras femininas.

Lélia González enfatizava que “a tomada de consciência da opressão ocorre, antes de tudo, pelo racial”, destacando a prioridade das lutas das mulheres negras no combate ao racismo (idem). Neste ponto, Ribeiro ressalta a divergência de prioridades nos objetivos das mulheres negras e brancas:

Enquanto àquela época mulheres brancas lutavam pelo direito ao voto e ao trabalho, mulheres negras lutavam para ser consideradas pessoas. (...) Existem ainda, por parte de muitas feministas brancas, uma resistência muito grande em perceber que, apesar do gênero nos unir, há outras especificidades que nos separam e afastam. Enquanto feministas brancas tratarem a questão racial como birra e disputa, em vez de reconhecer seus privilégios, o movimento não vai avançar, só reproduzir as velhas e conhecidas lógicas de opressão (Ribeiro, 2018, p. 52-53).

Logo, faz-se necessário que a luta feminista rompa com a universalidade feminina com experiências unificadas, racistas e classistas. Para uma luta social realmente acontecer, todos os seus atores sociais devem estar envolvidos, e suas as experiências coletivas devem ser consideradas. Sobre isto, Ribeiro também alude sobre o lugar de fala, ou melhor, sobre a necessidade de discutirmos o lugar social que as mulheres negras ocupam na sociedade para que entendamos “realidades que foram consideradas implícitas dentro da normatização hegemônica” (Ribeiro, 2019, p. 59).

Referenciando o pensamento de Patrícia Hill Collins, significa dizer que “a mulher negra terá experiências distintas de uma mulher branca por conta de sua localização social” (*ibidem*), experienciando gênero de outra forma, inclusive mesmo se estas mulheres negras pertencerem à classe média, elas não estarem isentas dos efeitos da discriminação de oportunidades geradas pela segregação racial e de grupo. Considera-se que o lugar de fala da mulher negra diz respeito ao “feminist standpoint”, na tradução literal, “ponto de vista feminista” e, a partir dele, entende-se:

Não poder acessar certos espaços acarreta a não existência de produções e epistemologias desses grupos nesses espaços; não poder estar de forma justa nas universidades, meios de comunicação, política institucional, por exemplo, impossibilita que as vozes dos indivíduos desses grupos sejam catalogadas, ouvidas, inclusive, até em relação a quem tem mais acesso à internet (*idem*, p. 63-64)

Assim, Ribeiro também compreende que, em relação às mulheres negras, o ato de falar não se consolida apenas no ato de emitir palavras, mas também de poder existir, ser vista e ouvida, e o que as bloqueiam de transcender é a imposição deste “locus” social (*idem*). Neste ponto, Lélia González, em sua obra “Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira” (1984), questiona este local social, em específico, em como a mulher negra é situada em seu discurso. Para ela, a mulher negra é naturalmente posicionada como “cozinheira, faxineira, servente, trocadora de ônibus ou prostituta” (González, 1984, p. 224 e 226), especialmente nos jornais, rádios e televisões, expressando que devemos interpretar o lugar em que nos situamos através de um duplo fenômeno: do racismo e do sexismo.

Sobre o poder transgressor da fala, Ribeiro cita Grada Kilomba, em sua obra “Memórias da Plantação: episódios de racismo cotidiano”, em seu primeiro capítulo “A máscara: colonialismo, memória, trauma e descolonização”, a autora referencia Anastacia, mulher preta escravizada mineira, a qual teve sua boca tapada por uma máscara de ferro a qual, para Kilomba, é mais que sujeitar-se a trabalhar com fome, como afirmação de um poder, um projeto colonial, é também símbolo da imposição do silêncio e do medo:

A máscara, portanto, suscita muitas questões: por que a boca do sujeito negro deve ser presa? Por que ela ou ele deve ser silenciado? O que poderia dizer o sujeito negro se sua boca não fosse selada? E o que o sujeito branco deveria ouvir? Há um medo apreensivo de que, se o sujeito colonial falar, o colonizador terá que escutar. Ele/ela seria forçado a um confronto desconfortável com as verdades dos “Outros”. Verdades que foram negadas, reprimidas e mantidas em silêncio, como segredos. Eu gosto dessa frase “quieto na medida em que é forçado a”. Essa é uma

expressão das pessoas da Diáspora africana que anuncia como alguém está prestes a revelar o que se supõe ser um segredo. Segredos como a escravidão. Segredos como o colonialismo. Segredos como o racismo (Kilomba, 2019, p. 41).

Por sinal, neste ponto, questiona-se a branquitude, qual seria o papel da branquitude na sociedade brasileira, suas influências, criações, produções, apagamentos, dominações, expansões, responsabilidades? A branquitude que criou o racismo no Brasil, que impôs a escravização de pessoas negras e indígenas, que alimentou e alimenta as desigualdades sociais, econômicas e políticas baseadas na cor da pele.

2.2 O RACISMO INSTITUCIONAL

O conceito de racismo institucional pode ser explicado por diversos autores. A exemplo, a escritora Lélia Gonzalez em “Por um Feminismo Afrolatino-Americano”, já denunciava o racismo institucional:

A outra noção ideológica que define a identidade afro-brasileira é a ideologia do branqueamento, ou simplesmente branqueamento. Segundo Carlos Hasenbalg, “na autoimagem do Brasil, o negro é quase invisível”. Em minha visão, essa afirmação aponta para um dos principais aspectos do branqueamento, não apenas na sociedade brasileira mas também nas sociedades latino-americanas em geral. Sua expressão mais objetiva, contudo, está no texto do decreto-lei nº 7.967, de 18 de setembro de 1945, o qual, em seu artigo 2º afirma: “Atender-se-á, na admissão dos imigrantes, à necessidade de preservar e desenvolver, na composição étnica da população, as características mais convenientes da sua ascendência europeia, assim como a defesa do trabalhadora nacional”. (...) Do ponto de vista cultural, porém, o branqueamento está lá, tentando demonstrar a superioridade europeia em detrimento da história da contribuição africana à construção da herança sociocultural brasileira. A caracterização da produção cultural afro-brasileira nas instituições de cultura e educação, por exemplo, ilustra esse fenômeno. Práticas educacionais, assim como textos escolares, são marcadamente racistas. E isso sem levar em conta o sexismo e a valorização dos privilégios de classe (Gonzalez, 2020, p. 60 - 61)

Na obra “Pele Negra, Máscaras brancas”, de 1952, do autor Frantz Fanon, apesar de o termo “racismo institucional” ainda não ser utilizado à época, ele já descrevia processos e estruturas que, hoje, são entendidos como tal, denunciando o racismo religioso,

educacional, cultural, inclusive o científico falando sobre a referência do cérebro da pessoa negra, como a exemplo neste trecho:

Com ardor, pus-me a inventariar, a sondas as vizinhanças. Através dos tempos, vimos a religião católica justificar e depois condenar a escravidão e as discriminações. Mas, ao reduzir tudo à noção de dignidade humana, eliminava-se o problema do preconceito. Os cientistas, após muitas reticências, admitiram que o preto era um ser humano; “in vivo e in vitro” o preto tinha-se revelado análogo ao branco; mesma morfologia, mesma histologia. A razão assegurava a vitória em todas as frentes. Eu era readmitido nas assembléias. Mas tive de perder as ilusões. (...) Devo me limitar à justificação de um ângulo facial? (Fanon, 1952, p. 111).

Na visão de Livia Maria Santana e Sant’anna, além dos próprios indivíduos, as instituições - públicas ou privadas - também podem agir de maneira discriminatória e racista, como exemplo, a exclusão do negro dos cargos de relevante status social nas empresas e órgãos públicos, a dificuldade do acesso aos serviços de saúde, a ínfima quantidade de negros nas universidades, entre outros cenários (p. 34, 2006).

No ensaio “Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil”, de Sueli Carneiro faz referência à Commission for Racial Equality (CRE/UK), na tradução, Comissão para a Igualdade Racial do Parlamento do Reino Unido, com um aplicabilidade no Brasil:

Os níveis superiores de mortalidade materna entre mulheres negras é resultado das diferenças percebidas, pelos estudiosos do tema, na assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, que se mostram desfavoráveis às mulheres negras. Esse conjunto de fatores está enquadrado pelos especialistas da área de saúde no conceito de racismo institucional, que se refere à incapacidade coletiva de uma organização de prover um serviço apropriado ou profissional para as pessoas devido à sua cor, cultura ou origem racial/étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que contribuem para a discriminação por meio de preconceito não intencional, ignorância, desatenção e estereótipos racistas que prejudicam determinados grupos raciais/étnicos, sejam eles minorias ou não (CRE/UK 1999, p. 2 *apud* Carneiro, 2011, p. 23-24).

Além disso, Sueli Carneiro também apresenta a declaração feita por organizações de mulheres negras na III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, realizada no final de agosto de 2001, na África do Sul:

Nessa declaração constata-se que a conjugação do racismo com o sexismo produz sobre as mulheres negras uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida, que se

manifestam em sequelas emocionais com danos à saúde mental e rebaixamento da autoestima; em uma expectativa de vida menor, em cinco anos, em relação à das mulheres brancas; em um menor índice de casamentos; e sobretudo no confinamento nas ocupações de menor prestígio e remuneração (Carneiro, 2011, p. 118-119).

Nesta mesma linha de pensamento, Adilson Moreira considera que o racismo institucional é o conjunto de “atos praticados por representantes de instituições públicas e privadas contra minorias raciais que prejudicam o status social dos membros desses grupos”. Ademais, o racismo institucional pode não ter caráter intencional - contrariamente ao racismo individual - e isto se justifica pelo fato dele “tornar-se parte do funcionamento normal das instituições”, as quais não levam em consideração o impacto de suas decisões ou omissões na vida de diferentes grupos raciais. Ele também se apresenta quando são implementadas medidas que excluem grupos raciais de benefícios sociais (Moreira, 2019, p. 35).

Assim, tem-se que o racismo institucional é menos evidente, menos explícito e mais sutil que o racismo individual. A vista disso recebe menos condenação pública da sociedade, justamente por passar despercebido. A exemplo disso, são as próprias mulheres negras gestantes que no pré-natal, na gestação e no puerpério relatam constantes queixas sobre o atendimento e acompanhamento dos profissionais hospitalares. Suas maiores queixas são o abandono, descaso, solidão, medo, omissão de informações, falta de atenção, peregrinação em busca de vaga, discriminação racial e econômica, exame com toques abusivos, agressão física, desprezo e ameaças como alertar a gestante que quanto mais ela gritar por ajuda, menos chances ela terá de ser atendida pelo (a) médico (a).

Além da reiterada violência psicológica, tendo em vista falas agressivas e de cunho pessoal proferidas contra elas, como foi o caso ocorrido na Maternidade Pró-Matre, Vitória/ES, onde uma gestante adolescente, cujo parceiro estava preso por tráfico, ao ser atendida para uma cesária de emergência, o anestesista foi chamado durante a madrugada (plantão de sobreaviso) e a humilhou em voz alta: “Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!” (Dossiê, 2012, p. 135). A seguir trataremos outros exemplos estatísticos para fundamentar este panorama.

O artigo “A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS” destaca a importância de não nos esquecermos de que a Ciência, através de instituições científicas brasileira, teve (e ainda tem) uma participação fundamental na construção do

racismo no Brasil, sendo ela responsável pela ideia de superioridade e inferioridade entre raças, bem como sobre a medicalização dos corpos femininos:

A partir do século XIX, quando os corpos femininos começaram a passar por um processo intenso de medicalização, os campos que analisavam características fenotípicas ganharam destaque e foram usados para provar as hierarquias entre as raças (...). Sabemos que o surgimento de uma medicina racionalista, masculina, patriarcal e cristã subverteu a mulher, expropriando-a de sua complexidade, pluralidade e subjetividade, fixando-a em sua anatomia e na sua capacidade de produzir filhos (...). Especialmente no caso brasileiro, podemos afirmar que o Estado forjou, juntamente com a Igreja e a medicina, um “modelo de mulher”, fundamentado na fisiologia e anatomia, mas também a partir de seus interesses políticos, econômicos, morais e populacionais, o que resultou em formas distintas de se tomar os corpos femininos. (...) no Brasil, sempre vigorou padrões extremamente eurocêtricos e excludentes estruturando processos contínuos de exploração das mulheres negras (Curi; Ribeiro; Marra, 2020, n.p.).

É importante destacar que o racismo institucional dos hospitais, sejam eles públicos ou privados, contribuem para que suas vítimas de racismo obstétrico adquiram traumas e danos psicológicos, os quais não são muito abordados pelas pesquisas. O artigo “Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica” mostra o resultado de suas pesquisas quanto ao impacto emocional causado:

Na literatura muito se fala da dor física, da humilhação e da percepção dos envolvidos sobre a violência obstétrica. O que se propõe investigar aqui diz respeito às marcas não físicas e não visíveis dos possíveis impactos e repercussões psicológicas de ter vivenciado a experiência da VO infligida. Ao iniciar a pesquisa, esperávamos encontrar mais dados em longo prazo sobre os efeitos da VO, mas o que encontramos foi uma profusão de sentimentos ruins relacionados ao pós-parto e a própria experiência imediata de estar sendo vítima de uma violência. Entre os sentimentos encontrados, destacamos o medo e a tristeza que foram mais frequentemente referidos nos depoimentos. Outros aspectos que apareceram foi o desejo que a VO fosse breve e o próprio desejo de morrer ao invés de estar passando por tal fenômeno. Palavras como pesadelo e trauma também foram vinculadas a experiência da VO. A dor não física de passar por essa experiência foi descrita como imensurável. A depressão pós-parto também foi relacionada pelas participantes como consequência dessa experiência (Assis *et al.*, 2020, p. 11)

Nesta mesma pesquisa relatos de violência foram colhidos como: “Eu, como muitas das mulheres vítimas de violência obstétrica, entrei em depressão pós-parto logo após o nascimento (se referindo ao nascimento da filha)” / “Foi então que ela me disse: ‘Agora a minha conduta é cesárea’. Engoli uma bola gigante de medo e tristeza. (...)”

Mais uma vez confirmei: ali eu era tratada como pedaço de carne. Por um momento desejei morrer” / “Meu marido não pôde acompanhar o procedimento, apesar de ser profissional de saúde, ter um amigo na ala de obstetrícia e ter insistido em me acompanhar. Ele não pode sequer ficar comigo na enfermaria. Quando ele chegou pra me visitar pedi pra ele me levasse daquele lugar, pois as enfermeiras estavam sendo bastante hostis comigo” / “Espero sinceramente que um dia essa ferida cicatrize, e que ao lembrar-me do dia do nascimento do meu filho eu não me recorde com mágoa e tristeza” (R2). “O dia que era pra ser lembrado como o mais feliz da minha vida... mas só o que lembro foi de um grande trauma e pesadelo na minha vida!” (Assis *et al.*, 2020, p. 11).

Geralmente a dor costuma ser imensurável para essas mulheres, as quais gostariam de lembrar de seu momento de parto como um momento feliz em suas vidas, mas infelizmente esta não é uma garantia.

2.3 O PACTO DA BRANQUITUDE

Nas palavras de Cida Bento (2022), a autora apresenta o pacto da branquitude como um pacto narcísico não verbalizado que mantém o segmento e perfil masculino e branco nos espaços de poder no Brasil, sendo assim, pertencem àqueles que tomam importantes decisões na vida das pessoas e influenciam toda a sociedade. Não sendo um pacto diretamente combinado, Bento ressalta que o pacto além de fortalecer o grupo dos seus iguais, também exclui quem não faz parte deste grupo, sustentando as desigualdades e a meritocracia, ao mesmo tempo que contribui para a compreensão e mudança social.

É um pacto implícito de autoproteção e proteção dos seus pois, de certa forma, é um acordo de irmandade, no qual pessoas brancas, por exemplo, se conectam, se apoiam, se beneficiam, a fim de manterem seus “status”, muitas vezes até alegando “inocência”, blindando-se de qualquer interferência que possa abalar suas estruturas de poder, mantendo a hierarquia racial como, por exemplo, serem solidárias diante do racismo, atuando sempre em defesa às pessoas racistas, tendo em vista que elas mesmas se colocam nesse lugar em que poderia, naturalmente, estar.

É um acordo tácito, histórico e implícito que nutre as estruturas racistas do país, preservando os privilégios raciais e mantendo as estruturas de poder que favorecem a branquitude, refletindo um sistema de alianças que sustentam o racismo estrutural, naturalizando desigualdades e impedindo profundas transformações, neutralizando

conflitos raciais para manter a ilusão de igualdade enquanto perpetua práticas racistas, sendo assim, legitima o descaso, o esvaziamento e a invisibilização da luta antirracista, incluindo a da saúde reprodutiva e o silenciamento de mulheres negras vítimas de violência obstétrica.

A branquitude é um conceito utilizado nas Ciências Sociais e nos estudos críticos de raça para analisar e compreender os privilégios, poderes e posições que pessoas brancas ocupam nas estruturas sociais e culturais, em virtude do racismo estrutural. Não refere-se apenas à cor da pele, mas às formas como a identidade branca é construída e normalizada como padrão, muitas vezes de maneira invisível para quem a ocupa.

Nesta esteira, Vainer (2022) em sua tese de doutorado “Entre o encardido, o branco e o branquíssimo” considera que a branquitude não pode ser confundida com grupo de pessoas brancas, mas sim uma construção sociohistórica, discursiva, ideológica que beneficia pessoas brancas. Só faz sentido pensar em branquitude a partir de uma sociedade estruturada pelo racismo. Vainer destaca que, em uma sociedade estruturalmente racista, se tudo acontecer em sua “normalidade”, automaticamente o resultado será racista.

Assim sendo, o pacto da branquitude tem como características principais: preservar privilégios raciais, deslegitimar pautas antirracistas, neutralizar conflitos raciais, resistir a mudanças estruturais, desvalorizar denúncias de racismo, apropriar a cultura negra, branquear a história afrobrasileira, hipersexualização e desumanização das mulheres negras, entre outras. O enfrentamento ao racismo e ao sexismo, portanto, exige uma conscientização da branquitude sobre seu papel histórico e contemporâneo, acompanhada de ações transformadoras em prol da igualdade racial e de gênero.

2.4 LUGAR DE FALA

Nesta mesma esteira, Ribeiro (2019) reitera a necessidade de responsabilização das pessoas brancas dentro da nossa estrutura racista e explica que a branquitude não pode se poupar das discussões raciais alegando não possuir lugar para falar para tanto. Ocorre que, todos temos lugar de fala e todos representamos alguma comunidade social, portanto podemos e devemos estudar e falar, todavia posicionando-nos a partir de nossas próprias experiências, e não da do outro e muito menos sobrepondo-nos a voz deste, revitimizando-o ao invés de realmente contribuirmos para a causa:

Um dos equívocos mais recorrentes que vemos acontecer é a confusão entre lugar de fala e representatividade. Uma travesti negra pode não se sentir representada por um homem branco cis, mas esse homem branco cis pode teorizar sobre a realidade das pessoas trans e travestis a partir do lugar que ele ocupa. Acreditamos que não pode haver essa desresponsabilização do sujeito do poder. A travesti negra fala a partir de sua localização social, assim como o homem branco cis. (...) falar a partir de lugares é também romper com essa lógica de que somente os subalternos falem de suas localizações, fazendo com que aqueles inseridos na norma hegemônica nem sequer se pensem. Em outras palavras, é preciso cada vez mais que homens brancos cis estudem branquitude, cisgeneridade, masculinos (Ribeiro, 2019, p. 82-83).

O “locus” da mulher negra brasileira, conforme mencionado anteriormente está no trabalho doméstico e terceirizado, nas maiores vítimas de violência obstétrica, de violência doméstica - inclusive a nível feminicídio - do preterimento afetivo, da baixa representação política, da baixa presença universitária, da maternidade e liderança familiar solo, entre outros locais de maior vulnerabilidade. Ressalta-se que este local social atinge a coletividade negra e deve ser estudado de maneira ampla e complexa, a partir de uma multiplicidade de vozes em um mosaico multidimensional de Judith Grant (Grant, 1991 *apud* Bairros, 1995), e não em um viés individualizado, conferindo resultados de apenas algumas experiências únicas e distintas, conforme explica Collins sobre o modo arquetipicamente pós-moderno.

Não obstante, Ribeiro nos alerta em relação a estes discursos individuais e distintos, evidenciando que “o lugar social não determina uma consciência discursiva sobre esse lugar. Porém, o lugar que ocupamos socialmente nos faz ter experiências distintas e outras perspectivas”. Isto significa que nem toda mulher negra - consequentemente pertencente a grupos oprimidos e invisibilizados - terá a mesma consciência crítica e filosófica sobre discriminações de gênero e raça. Há pessoas pertencentes a grupos oprimidos mas que são reacionárias e legitimam discursos hegemônicos da heteronormatividade patriarcal.

Isto significa dizer que pessoas brancas que praticam violência obstétrica contra mulheres negras, em especialmente profissionais da saúde, não se assumirão como racistas e, inclusive, protegerão àqueles que foram racistas na justificativa de um mal entendido, uma inocência ou ação natural não intencional, baseado, implicitamente, no pacto da branquitude.

Conhecermos a história sob o ponto de vista daquela mulher negra é fundamental, inclusive, para evitarmos a distorção, invenção ou até apagamento da

verdadeira história. Sobre esta problemática, a escritora nigeriana Chimamanda Ngozi Adichie traz à tona a ideia do “perigo da história única”, segundo a qual considera que quando somos crianças somos impressionáveis e vulneráveis, e que a literatura africana a salvou de ter uma única história:

Eu fui também uma escritora precoce. E quando comecei a escrever, por volta dos sete anos, histórias com ilustrações em giz de cera, que minha mãe pobre era obrigada a ler, eu escrevia exatamente os tipos de histórias que eu lia. Todos os meus personagens eram brancos de olhos azuis (...). Meus personagens também bebiam muita cerveja de gengibre, porque os personagens dos livros britânicos que eu lia bebiam cerveja de gengibre. Não importava que eu não tinha a mínima ideia do que era cerveja de gengibre. E por muito anos, eu desejei desesperadamente experimentá-la (...). Bem, as coisas mudaram quando eu descobri os livros africanos, (...) passei por uma mudança mental em minha percepção da literatura. Eu percebi que pessoas como eu, meninas com a pele da cor de chocolate, cujos cabelos crespos não poderiam formar rabos-de-cavalo, também podiam existir na literatura (Adichie, 2009).

Ngozi reforça que crescemos com a falsa noção de que, por exemplo, a África é um país e ainda repleto de catástrofes, e não um continente ancestral, milenar, mitológico e autêntico, possuindo diversos países ricos em diversidade cultural, intelectual, alimentar, linguística, indumentária, entre outras. Assim, preconiza:

Comece a história pelo fracasso do Estado Africano e não pela criação colonial do Estado Africano, e terá uma história totalmente diferente. A história única cria estereótipos, e o problema com os estereótipos não é eles serem mentira, é serem incompletos (...). Histórias importam, elas têm sido usadas para expropriar e tornar maligno, mas histórias podem também ser usadas para capacitar e humanizar. Histórias podem destruir a dignidade de um povo, mas também podem reparar essa dignidade perdida (...). Quando nós rejeitamos uma única história, quando percebemos que nunca há apenas uma história sobre qualquer lugar, nós reconquistamos um tipo de paraíso (Adichie, 2009).

Sob este olhar, Beatriz Nascimento já havia relatado em participação no documentário “O Negro: da senzala ao soul”, em 1977, transmitido pela TC Cultura:

A história do Brasil foi uma história escrita por mãos brancas, tanto o negro quanto o índio, quer dizer, os povos que viveram aqui juntamente com o branco, não tem sua história escrita ainda. E isso é um problema muito sério, porque a gente frequenta universidades, frequenta escolas e não se tem uma visão correta do passado da gente, do passado do negro. Então ela não foi somente omissa, foi mais terrível ainda na parte que ela não foi omissa. Ela negligencia fases muito importantes e performa muito

a história do negro, tratando basicamente da escravidão e deixando de lado outras formas do negro viver no Brasil, como todo o processo de alforria que houve durante todos os quatro séculos de escravidão e principalmente com relação ao quilombo (Nascimento, 1977).

Pensar em lugar de fala não é abordar individualidade com exclusividade, mas é ter autoridade em relatar vivências específicas. O lugar de falar da mulher negra vítima de violência obstétrica vai além de uma experiência individual, é um reflexo de injustiças históricas, culturais e institucionais que desumanizam corpos negros e femininos. Para elas, significa relatar suas experiências de micro e macro violências na gestação, o silenciamento das suas queixas, a deslegitimação de seus direitos, a dessensibilização de suas dores a tratando como mulheres extremamente resistentes ou que não devem ser humanizadas, o escárnio sobre questões íntimas, a lentidão de seus atendimentos podendo causar problemas ou até mesmo chegando a morte.

O lugar de fala de uma mulher negra vítima de violência obstétrica é efetivado quando ouvido a partir de seu protagonismo e sua denúncia, devolvendo a ela acolhimento e justiça.

2.5 O COLONIALISMO, A COLONIALIDADE E O PENSAMENTO DECOLONIAL

Há séculos a população negra é criminalizada, o racismo científico ou biológico prova que, até cientificamente, fomos - e ainda somos - vítimas do racismo estrutural. A exemplo, a Teoria de Cesare Lombroso que defendia a ideia de predisposição biológico do indivíduo à conduta criminosa, antissocial, nomeada de delinquente nato, o qual possuía uma série de estigmas degenerativos comportamentais, psicológicos e sociais que o reportavam ao comportamento semelhante de certos animais, plantas e a tribos primitivas selvagens (Lombroso, 2010, p. 43-44).

Mencionava, ainda, que a hereditariedade é uma das grandes causas da criminalidade, realçando a importância de seu conhecimento e relevância, afirmando que, no que tangia à fisionomia do homem criminoso, tais indivíduos apresentavam mandíbulas volumosas, assimetria facial, orelhas desiguais, falta de barba nos homens, pele, olhos e cabelos escuros. Relacionava também a criminalidade ao peso e às medidas do crânio, à insensibilidade à dor, às tatuagens, à falta de senso moral, ao ódio em demasia, à vaidade excessiva, entre outras características (Fernandes, 2018).

Foi com este embasamento que Herbert Spencer criou, então, o chamado Darwinismo Social, como teoria da evolução da sociedade, estudo desenvolvido entre os séculos XIX e XX, que acreditava na premissa da existência de sociedades superiores às outras. Nessa condição, as que se sobressaem física e intelectualmente devem e acabam por se tornar governantes. Por outro lado, as outras - menos aptas - deixariam de existir porque não eram capazes de acompanhar a linha evolutiva da sociedade. Assim, elas entrariam em extinção acompanhando o princípio de seleção natural da Teoria da Evolução (Bezerra, 2023). Consequentemente, dentre as espécies “menos evoluídas” estariam os pobres e negros.

Ambas as teorias alimentaram o Movimento Nazista e Fascista, bem como o Racismo Científico Brasileiro com o Movimento Eugenista o qual utilizava-se da miscigenação político-compulsória, para justificar a “democracia racial”. O Brasil, sendo o maior país da América Latina, foi o primeiro da América do Sul a ter um movimento eugênico organizado. Em 1911, João Baptista de Lacerda já representava o governo brasileiro no Primeiro Congresso Universal de Raças, em Londres, apresentando seu artigo “Sur Les Métis Au Brésil” (Sobre Os Mestiços Do Brasil), o qual logo nas primeiras páginas ostenta a imagem do quadro “A Redenção de Cam” de Modesto Brocos (1895), artigo este em que defendia o fator da miscigenação como algo positivo para a nação, por conta da sobreposição dos traços da raça branca sobre os da negra e indígena.

Anos depois, em 1918, Renato Kehl fundou a Sociedade Eugênica de São Paulo, a primeira do país, ao final da Primeira Guerra Mundial, médico e escritor paulista, diretor da Indústria Química e Farmacêutica Bayer do Brasil, a qual possui unidade brasileira ativa até o presente momento.

Neste cenário, é indispensável tratarmos sobre como o patriarcado afetava - e ainda afeta - veementemente as mulheres. Para a abolicionista norte-americana, defensora dos direitos das mulheres, empregada doméstica e ex-escravizada Sojourner Truth, o patriarcado afetava de maneira completamente diferente e mais desumano para as mulheres negras.

Truth conquistou reconhecimento mundial com seu memorável e impactante discurso “Eu não sou uma mulher? / Ain’t I a woman?”² realizado em 29 de maio de 1851, na Convenção Nacional Pelos Direitos Das Mulheres em Akron, Ohio – EUA, sendo a única mulher, inclusive a única negra, de todas ali presentes, a responder com agressividade aos argumentos hostis e satíricos dos homens brancos que ali estavam para zombar e afirmar a fragilidade feminina e incapacidade intelectual (Davis, 1981), bem

como incapacidade laboral. Momentos antes, um homem branco havia dito que não acreditava que ela seria uma mulher, bem como mulheres brancas gritavam exigindo que ela não falasse (Hooks, 1981, p. 115).

Sobre a maternidade obrigatória, Truth, como uma das primeiras intelectuais negras a articular raça, classe e gênero, questionando a categoria da mulher universal, mostra que a maternidade obrigatória revela um destino biológico para todas as mulheres, porém ressaltar que os filhos e as filhas das africanas eram vendidos como escravizados (Akotirene, 2019). Desta maneira, a maternidade negra não se apresenta da mesma maneira afetiva e acolhedora como na maternidade branca, haja vista, apesar de haver uma padronização do que seria uma educação maternal, a mãe negra não tinha ao menos “acesso” a esta padronização pois não tinha acesso à sua própria criança como filho ou filha.

2.5.1 A sexualização e utilização dos corpos das mulheres negras na colonialidade

Fazendo um paralelo ao período colonial estadunidense, narrado por Angela Davis, ele assemelha-se de diversas formas com o brasileiro, a começar com o fato de as mulheres negras - escravizadas - serem inerentemente vulneráveis a todas as formas de coerção sexual, sendo o estupro uma expressão ostensiva do domínio econômico do proprietário e do controle do feitor sobre elas na condição de trabalhadora. Estes abusos facilitavam a cruel exploração econômica de seu trabalho:

Como mulheres, as escravas eram inerentemente vulneráveis a todas as formas de coerção social. Enquanto as punições mais violentas impostas aos homens consistiam em açoitamentos e mutilações, as mulheres eram açoitadas, mutiladas e também estupradas (...). As exigências dessa exploração levavam os proprietários da mão de obra escrava a deixar de lado suas atitudes sexistas ortodoxas, exceto quando seu objetivo era a repressão (Davis, 1981, p. 20).

Davis ainda ressalta que as tarefas impostas aos homens negros eram às mesmas para as mulheres negras, elas “eram uma força de trabalho completa - a menos que tivessem sido expressamente designadas para as funções de “reprodutoras” ou “amas de leite”, casos em que às vezes sua força de trabalho era classificada como incompleta (Davis, 1981, p. 21). O fato de terem dado à luz não as isentava do trabalho nas lavouras. Muitas eram obrigadas a deixar seus filhos no chão perto de onde trabalhavam, ou deixar

aos cuidados de meninas e/ou senhoras, todavia haviam aquelas que se recusavam a deixá-los sozinhos ou com alheios e os prendiam às costas durante a lavoura, bem como as grávidas não eram poupadas, e seus filhos eram tratados como pequenos animais:

As mulheres grávidas não apenas eram obrigadas a realizar o trabalho agrícola usual como também estavam sujeitas às chicotadas que trabalhadoras e trabalhadores normalmente recebiam se deixassem de cumprir a cota diária ou se protestassem com ‘insolência’ contra o tratamento recebido (...). Nas lavouras e fazendas onde as grávidas eram tratadas com mais indulgência, isso raramente se devia a razões humanitárias. Simplesmente, os proprietários valorizavam uma criança escrava nascida com vida do mesmo modo que valorizavam bezerros ou potros recém-nascidos (Davis, 1981, p. 22).

Neste ponto, Beatriz Nascimento expõe que, desde os primórdios da colonização, a condição feminina da mulher negra a conduziu para um tipo de dominação sexual por parte do homem, sendo vítima de seus senhores até por uma moral cristã portuguesa que atribuía à mulher branca das classes mais altas o papel de esposa, dependente economicamente do homem, com sua vida sexual restrita à maternidade como procriadora. Isto fez com que “a função sexual masculina recaísse sobre a mulher negra ou mestiça”:

Mecanismos ideológicos se encarregam de perpetuar a legitimação da exploração sexual da mulher negra através do tempo. Com representações baseadas em estereótipos de que sua capacidade sexual sobrepuja a das demais mulheres, de que sua cor funciona como atrativo erótico, enfim, de que o fato de pertencer às classes pobres e a uma raça “primitiva” a faz menos oprimida sexualmente, tudo isso facilita a tarefa do homem em exercer sua dominação livre de qualquer censura, pois a moral dominante não se preocupa em estabelecer regras para aqueles carentes de poder econômico (Nascimento, 1976, p. 263).

Beatriz Nascimento também ressalta os polos diferentes da hierarquia social no tocante às atribuições dadas às mulheres brancas e negras no colonialismo, sobre o ócio e o trabalho:

Devido ao caráter patriarcal e paternalista, atribui-se à mulher branca o papel de esposa e mãe, com a vida dedicada ao seu marido e filhos. Deste modo, seu papel é assinalado pelo ócio, mantendo-se amada, respeitada e idealizada naquilo que o ócio lhe representava como suporte ideológico de uma sociedade baseada na exploração do trabalho (e da pessoa) de uma grande camada da população. Contrariamente à mulher branca, sua correspondente no outro polo, a mulher negra é considerada uma mulher

essencialmente produtora, papel semelhante ao do homem negro, isto é, desempenha um papel ativo (...). A sua capacidade produtiva, determinada pela condição de mulher, e, portanto, mãe em potencial de novos escravos, afirmava a sua função de reprodutora de nova mercadoria para o mercado de mão de obra interno. Assim, a mulher negra era também vista como fornecedora de mão de obra em potencial, concorrendo com o tráfico negreiro (Nascimento, 1976, p. 260).

Apesar da opressão interseccional de raça e gênero, no início do imperialismo americano, o gênero era mais observado que a raça:

Num exame retrospectivo sobre a experiência das mulheres negras escravas, o sexismo assomava-se maior que o racismo como uma força opressiva nas vidas das mulheres negras. O sexismo institucionalizado – ou seja, o patriarcado – formou a base da estrutura social americana, bem como o imperialismo racial. O sexismo era uma parte integral da ordem social e política que os colonizadores brancos trouxeram das suas terras da Europa e teve um impacto grave no destino das mulheres negras escravizadas. Nos seus estados iniciais, o negócio da escravidão focou-se primeiramente na importância dos trabalhadores; a ênfase nesse tempo era sobre o homem negro. Nesse tempo a mulher negra escrava não era valiosa como o homem negro. Em média, custava mais dinheiro comprar um homem escravo que uma mulher escrava (Hooks, 1981).

Todavia, conforme o desenvolvimento econômico, verificou-se a necessidade das mulheres negras também serem utilizadas como mercadoria valiosa, principalmente por serem úteis como matrizes reprodutoras ou para satisfação sexual. Mãe Flávia Pinto, sacerdotisa, socióloga e autora da obra “Salve o Matriarcado: manual da mulher búfala” retrata sobre o trabalho braçal na lavoura ou na casa-grande, com as tarefas domésticas que as mulheres negras eram submetidas e, em decorrência deste passado, ainda respondemos por uma grande discriminação racial no mercado de trabalho, sabemos quais profissões são de maioria negra e maioria branca:

Éramos cozinheiras, faxineiras, lavadeiras ou de “amas de leite” - e, para isso, precisávamos engravidar muitas vezes, consecutivamente, por meio do estupro. Como consequência desse longo processo de escravização, até os dias atuais, são esses os espaços de trabalho oferecidos para nós; precisamos de um esforço gigantesco para conseguirmos oportunidades e respeito para ocuparmos outras áreas profissionais, como a Engenharia, o Jornalismo, a Medicina, o Direito e tantas outras (Pinto, 2021, p. 182).

Na chamada “Profissão Por Cor”, uma pesquisa realizada pela Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego em 2016,

verificou-se um cenário de extrema desigualdade. Os empregos que possuem maior quantidade de brancos:



Já os empregos que possuem maior quantidade de negros:

NEGROS



Fonte: RAIS 2016 / Ministério do Trabalho e Emprego



Infográfico elaborado em: 11/05/2018

Fonte: Gomes, 2018, n.p.

Mãe Flávia Pinto também destaca a solidão da mulher negra tanto em relação a afetividade quanto a maternidade, como uma herança cultural:

Nossa maternidade foi subutilizada pelo sistema patriarcal escravocrata. Os filhos que tínhamos com nossos parceiros nem sempre podiam ficar conosco e eram, muitas vezes, vendidos para outras fazendas. O estupro cometido e incentivado pelos escravocratas que queriam aumentar a mão de obra escravizada. Consequentemente, o reconhecimento da paternidade não era obrigatório, e essa negligência perversa perdura até hoje como uma herança cultural. Exatamente por isso, a maternidade solo ainda é socialmente naturalizada e tão incidente entre mulheres negras que têm, inclusive, muito mais dificuldade de serem assumidas como mães, esposas e namoradas do que as mulheres não negras (Pinto, 2021, p. 182).

Cenário este que nos faz remeter à história de Esperança Garcia, mulher negra escravizada, reconhecida como a primeira advogada do Brasil (pelo Conselho Federal da OAB em 2022) por sua atuação como defensora dos Direitos Humanos, no século XVIII, na Fazenda de Algodões no Piauí, onde foi separada de seus filhos ao ser transferida para outra propriedade e, em 1770, escreveu uma carta-petição ao governador da Capitania do Piauí denunciando os maus-tratos que ela, seus sete filhos e suas companheiras sofriam.

Neste mesmo sentido, lembramos de Luiza Mahin, mulher negra africana escravizada, que viveu no Brasil no século XIX, comerciante, ativista na Revolta dos Malês (1835) e a Sabinada (1837-1838), ambos ocorridos na Bahia, e que tornou-se mãe solo após o pai de seu filho (advogado Luiz Gama) ter sido, ilegalmente, vendido como escravizado aos dez anos de idade. O pai de Luiz Gama era um homem branco português que rompeu laços familiares por mero interesse econômico.

Luíza Bairos, em seu artigo “Nossos feminismos revisitados” destacou que há duas versões do pensamento feminista que, explicitamente, tentam definir a mulher universal, diretamente advindos de uma ideologia patrilista e sexista, mas que fracassa ao generalizar e não pluralidade as diversas experiências femininas:

A primeira coloca a maternidade como a experiência central na identidade das mulheres. Ao responder porque constituímos um grupo diferente coloca em destaque valores ligados à prática das mães, altruísmo, carinho, cuidado com os interesses do outro. (...) A segunda toma a sexualidade entendida como forma de poder que transforma a mulher em objeto sexual do homem como a experiência capaz de unificar todas as mulheres. Dessa perspectiva a mulher tende a ser interpretada como vítima de um poder definido como intrinsecamente masculino (Bairos, 1995)

Nesta esteira, Gonzalez reflete sobre o conceito, papel e importância da “mãe preta” como figura construída pela mulher negra e contribuinte direta da construção da cultura brasileira, e elabora o termo “neurose cultural brasileira” ao associar o pensamento contraditório do povo branco ao confiar na mãe preta para amamentar, cuidar e educar seus filhos brancos, ao mesmo tempo que nega à esta mãe a possibilidade de ascensão educacional e econômica:

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. (...) E a mudança foi se dando a partir de certas noções que, forçando sua emergência em nossos discursos, nos levaram a retornar à questão da mulher negra numa outra perspectiva. Trata-se das noções de mulata, doméstica e mãe preta. (González, 1984, p. 224 e 226)

Tal neurose também se dá na falsa ideia do povo branco sobre a democracia racial brasileira, ao afirmarem pacifismo e vínculos de harmonia na figura da mãe preta e

sua relação com seus filhos brancos. E sobre o tema, Florestan Fernandes considera a democracia racial como um mito que ainda culpa o negro dos seus próprios fracassos:

O mito da democracia racial é a uma distorção criada desde o sistema colonial diante da inclusão de mestiços nas famílias brancas, fazendo com que a miscigenação aparecesse como elemento de mobilidade social dos negros e omitindo o fato de que a miscigenação era construtora da estratificação social, oferecendo ao mestiço um lugar determinado social e economicamente pelo mundo dos brancos. (...) Com a ordem social competitiva, o discurso hegemônico advoga que a liberdade e igualdade foram concedidas ao negro e se esse não construiu condições econômicas e sociais para viabilizar sua ascensão social, a responsabilidade não é da ordem competitiva, mas da incapacidade do negro em enquadrar-se na nova ordem societária. (Fernandes, 1972, p.85 *apud* Lima, 2017, p. 359)

É muito comum avistarmos “Amas-de-Leite” na iconografia da História Brasileira, bem como de “mulatas” dentro das Casas Grandes. A figura da “Ama-de-Leite” ou da “Mãe-Preta”, no período colonial, carrega consigo as características de uma mulher negra escravizada que nasceu para ser mãe e zelar por todos os seus “filhos” - brancos não biológicos, pois os cuidados aos seus próprios filhos negros lhe era negado, o que poderia inclusive levar a criança à óbito, venda ou “abandono”. Seu pleno direito à maternidade lhes era negado. A elas eram atribuídos todos os afazeres maternos e domésticos por serem consideradas “biologicamente” mais fortes, inclusive em seus leites:

Uma das teorias raciais que circulavam na época afirmava que o leite da mulher negra era mais forte e abundante (essa tese caiu por terra ao longo do século XX). Por isso, nas fazendas, uma escravizada que tinha acabado de parir era transferida para a casa de seu senhor para amamentar o recém-nascido branco e tomar conta da criança em tempo integral. Seu próprio filho dificilmente tinha acesso ao leite materno e era cuidado por outras escravizadas que o alimentavam com uma papa de mandioca ou com leite animal não pasteurizado, o que contribuía para o grande número de óbitos (Iconográfica, 2017, n.p).

À vista disso, criou-se o estereótipo antagônico de que, diferente da “Escrava Imoral” (mulher mulata bonita utilizada para procriação) e do “Escravo Demônio” (homem quilombola fugitivo), a Mãe-Preta era considerada domesticada, dócil e fiel:

Geralmente velha, corpulenta, supersticiosa, e fervorosamente católica, a mãe-preta não despertava qualquer perigo de degradação moral da família através da cópula com o senhor ou “sinhôzinho” brancos; além disso, sua índole fiel, mais devota às demandas da casa-grande que aos

interesses da própria senzala, distanciava-a igualmente da figura do escravo revoltado, e vingativo (Roncador, 2011, p. 131)

Davis ressalta que a capacidade reprodutiva das mulheres negras escravizadas passou a ser valorizada, no período da abolição do tráfico internacional, todavia através do olhar econômico e exploratório, a reprodução era estimulada por ser rentável para o mercado:

Quando a abolição do tráfico internacional de mão de obra escrava começou a ameaçar a expansão da jovem e crescente indústria de algodão, a classe proprietária de escravos foi forçada a contar com a reprodução natural como o método mais seguro para repor e ampliar a população de escravas e escravos domésticos (Davis, 1981, p. 19).

A partir de então, as mães brancas e negras passaram a ser valorizadas, porém com objetivos e métodos completamente diferentes:

Nas décadas que precederam a Guerra Civil, as mulheres negras passaram a ser cada vez mais avaliadas em função de sua fertilidade (ou da falta dela): aquela com potencial para ter dez, doze, catorze ou mais filhos era cobiçada como um verdadeiro tesouro. Mas isso não significa que, como mães, as mulheres negras gozassem de uma condição mais respeitável do que a que tinham como trabalhadoras. A exaltação ideológica da maternidade - tão popular no século XIX - não se estendia às escravas. Na verdade, aos olhos de seus proprietários, elas não eram realmente mães; eram apenas instrumentos que garantiam a ampliação da força de trabalho escrava. Elas eram “reprodutoras” - animais cujo valor monetário podia ser calculado como precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar (*ibidem*).

As mulheres puérperas “continuavam a trabalhar com seus filhos amarrados ao corpo. Passavam o seio por cima do ombro ou por baixo do braço para que pudessem amamentar sem interromper suas funções” (*idem*).

A partir dessa classificação, Davis afirma que as filhas das escravas, então, poderiam ser vendidas - em qualquer idade - e enviadas para longe como bezerros separados das vacas e que, um ano após a interrupção do tráfico de populações africanas, um tribunal da Carolina do Sul decidiu que as mães-escravizadas não possuíam qualquer direito legal sobre suas filhas e filhos porque “crianças escravas [...] estão no mesmo nível de animais” (Wertheimer, 1977, p. 109 *apud* Davis, 1981, p. 20).

Em contrapartida, ao final do século XIX, após estudos, o aleitamento materno cruzado (quando uma mulher amamenta o filho de outra) passou a ser considerado

arriscado para a saúde do bebê por poder transmitir doenças, o que gerou mais uma forma de discriminação racial com a condenação e perseguição contra as próprias amas-de-leite (*idem*).

Partindo da premissa de que o discurso universal advém de raízes históricas coloniais, surge então o Pensamento Decolonial como uma proposta para enfrentar a colonialidade e o pensamento moderno:

A decolonialidade é considerada como caminho para resistir e desconstruir padrões, conceitos e perspectivas impostos aos povos subalternizados durante todos esses anos, sendo também uma crítica direta à modernidade e ao capitalismo. O pensamento decolonial se coloca como uma alternativa para dar voz e visibilidade aos povos subalternizados e oprimidos que durante muito tempo foram silenciados. É considerado um projeto de libertação social, político, cultural e econômico que visa dar respeito e autonomia não só aos indivíduos, mas também aos grupos e movimentos sociais, como o feminismo, o movimento negro, o movimento ecológico, o movimento LGBTQia+, etc. (Avila, 2023, n.p)

A colonialidade configura-se como os efeitos da colonização ainda muito arraigados nas estruturas sociais, ou seja, a manutenção da exploração, violências e genocídios, discursos, discriminações etc, todavia em uma nova versão globalizada. Considera-se como a continuidade da propagação do pensamento colonial, sendo uma matriz que se expressa essencialmente em relações dominantes de poder, saber e ser. Neste ponto, Beatriz Nascimento, de certa maneira, explica a colonialidade através da necessidade de nos mantermos organizados, ou melhor, aquilombados, mesmo que as violências do período escravagista não sejam exatamente as mesmas da atualidade:

Se entendendo o quilombo como a história do negro, você tem que ver dentro da perspectiva de continuidade histórica que sempre existe. Essa história não pode se acabar a partir do momento em que a repressão acaba. Então se se entende o quilombo como uma sociedade de negros, você não pode, de repente, porque deixamos o quilombo livre de repressão armada, como foi nos séculos passados, que isso tem desaparecido. Quer dizer, se os homens negros, no século XVI se reúnem nesse tipo de organização, eles devem se reunir ainda hoje dentro desse tipo de organização. E por outro lado, na minha pesquisa eu também tenho visto que em relatório de polícia, principalmente do Rio de Janeiro, você encontra região de ex-quilombos onde hoje ainda são favela (...) na Bahia também. A gente encontra lugares onde foi o candomblé que foi lugar de ex-quilombo. Você encontra também no Nordeste do Brasil, Piauí, Maranhão, na passagem dos imigrantes nordestinos para a Amazônia no século passado (...). Eles se localizavam na migração em lugares de ex-quilombos. Isso é fundamental em termos de história do

Brasil, história do negros, história do homem brasileiro mesmo (Nascimento, 1977, n.p).

Diante disso, diversas autoras passaram a trazer o pensamento decolonial em suas pesquisas, como Angela Davis, bell hooks, Lélia Gonzalez, Sueli Carneiro, entre outras. Davis já consolidava esta fundamentalidade da mulher negra e suas intersecções de gênero, raça e classe, na estrutura de uma sociedade, pulverizando o pensamento de que quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela, porque tudo é desestabilizado a partir da base da pirâmide social onde se encontram as mulheres negras, mudando-se assim a base do capitalismo.

Também, González foi a primeira coordenadora do Nzinga - Coletivo de Mulheres Negras, fundado em 16 de junho de 1983, com o objetivo de construir um grupo autônomo, fora das dependências do movimento negro e do movimento feminista, discutindo as relações raciais “para que a luta das feministas não se tornasse alienada nem reproduzisse a ideologia eurocêntrica da realidade” (Fonseca, 2021, p. 95), sendo que o nome do coletivo teve inspiração na rainha africana Nzinga Mbande (Ana de Souza) por sua luta para enfrentar o poder colonial em Angola. Tal coletivo passou a agrupar mulheres de diferentes posições sociais, tidas como mulheres sem importâncias - negras, pobres, quilombolas, indígenas periféricas - criando cada vez mais articulações interseccionais da sociedade.

3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA A MULHER NEGRA NO BRASIL

A violência obstétrica no Brasil afeta desproporcionalmente as mulheres negras, refletindo a intersecção de raça e gênero. As mulheres negras enfrentam maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde de qualidade e são mais propensas a sofrer maus-tratos durante o atendimento obstétrico. A exemplo disso, a mortalidade materna, a qual é significativamente maior entre mulheres negras, quando comparadas às mulheres brancas. Este cenário se agrava pela falta de conscientização, preparo, fiscalização e punição dos profissionais de saúde em lidar com as necessidades específicas da população negra.

A primeira pesquisa no Brasil que tratou especificamente sobre a violência obstétrica, “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados”, divulgada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC, verificou que 1 em cada 4 mulheres (25%) relatou ter sofrido algum tipo de violência durante o parto e, dentro as mais comuns, estão os gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento (como episiotomia e cesáreas desnecessárias) ou informação, falta de analgesia, negligência, recusa de atendimento, comentários desrespeitosos e humilhantes, desconsideração pela dor e sofrimento da mulher, conforme gráficos abaixo:

GRÁFICO 1

GRÁFICO 2:

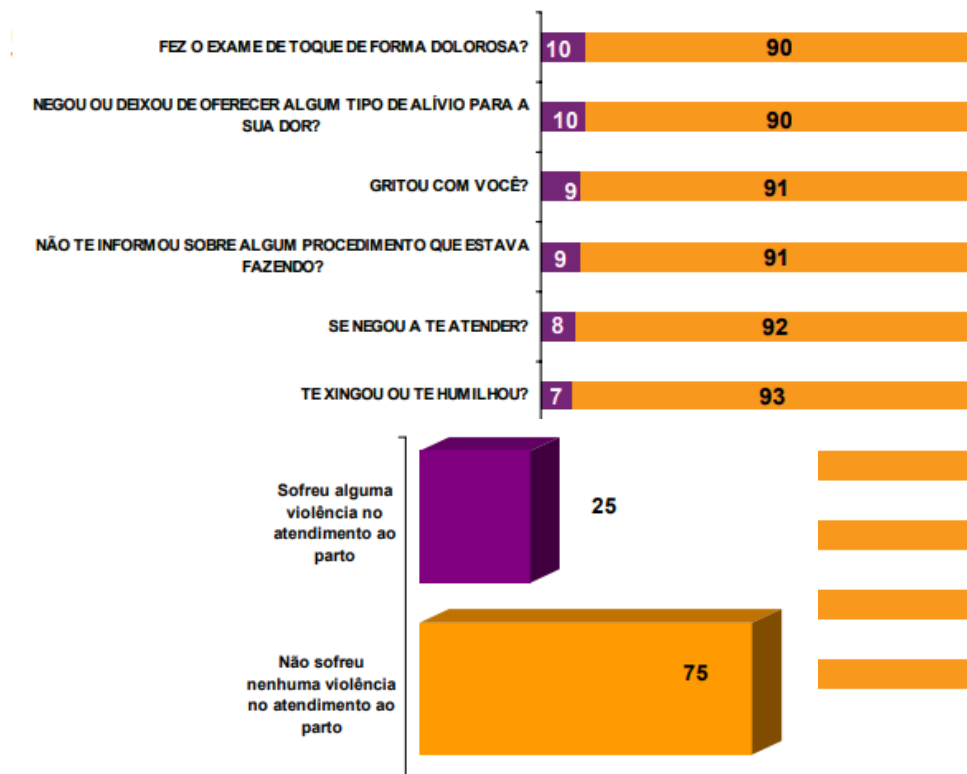


GRÁFICO 3:

**VIOÊNCIAS SOFRIDAS DURANTE O ATENDIMENTO AO PARTO,
por local do parto e quantidade de filhos** [estimulada e única, em %]

Base: Entrevistadas que têm/ tiveram filhos naturais na rede pública ou privada (62%)

	TOTAL	LOCAL DO PARTO			QUANTIDADE DE FILHOS				
		Só na rede pública	Só na rede privada	Em ambas	1	2	3	4 ou 5	6 ou mais
<i>Peso</i>	100%	74%	17%	8%	25%	28%	21%	17%	9%
Sofreu alguma violência no atendimento ao parto	25	27	17	31	27	22	25	29	26
Não sofreu violência no atendimento ao parto	75	73	83	69	73	78	75	71	74

Fonte: (FPA, 2010, p. 173-174)

E nesta mesma pesquisa, dentre as frases mais ouvidas durante o parto estão:

GRÁFICO 4:

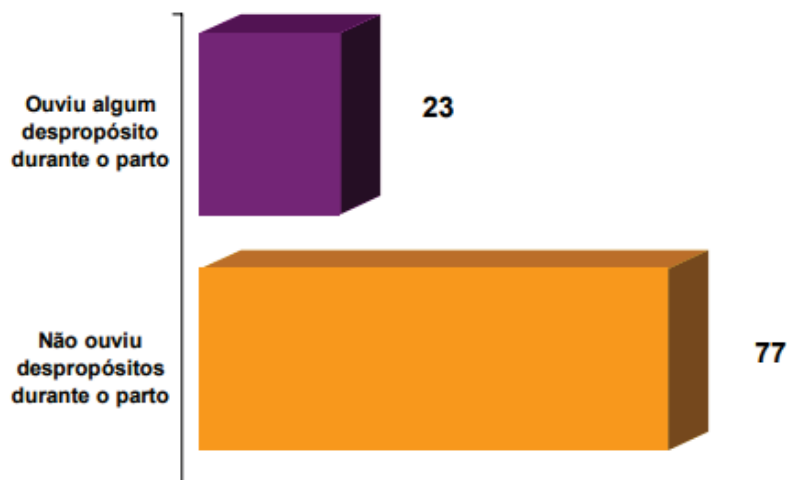
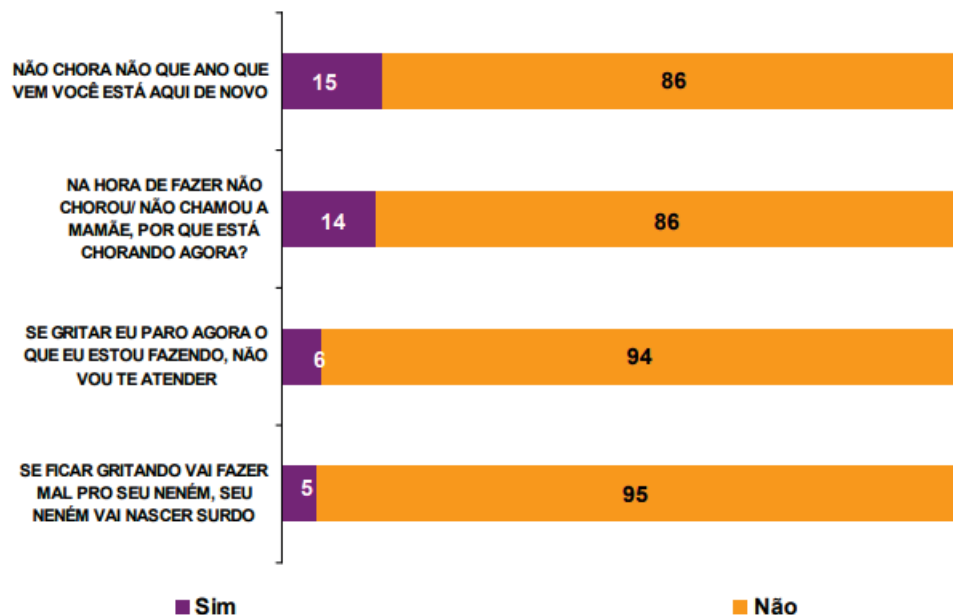


GRÁFICO 5:



Fonte: (FPA, 2010, p. 177)

Muitas pessoas associam violência à violência urbana, física e sexual, mas não a obstétrica; é muito comum que gestantes brasileiras sejam maltratadas e ouvirem “Na hora de fazer não doeu né?” / “Duvido que você reclame assim do seu marido”, e muitos outros comentários sórdidos e desnecessários. Estas queixas frequentes das mulheres negras estão sempre ligadas ao abandono, à desconsideração ou minimização de duas reclamações, o que leva a diagnósticos tardios e complicações evitáveis. À vista disso, no contexto do ativismo, os movimentos feministas negros denunciam esta violência e lutam pela implementação de políticas públicas que garantam a real atenção obstétrica respeitosa e humanizada para todas as mulheres, independentemente da raça.

Uma pesquisa sobre "Relação entre iniquidade racial e violência obstétrica no parto", realizada em 2023 por profissionais da saúde (enfermeiros), com abordagem quantitativa, do tipo transversal, analítico e exploratório, relatado segundo as recomendações do *STROBE Statement*, realizado em maternidade pública na cidade de Goiânia, referência para a assistência materno infantil de alta complexidade, e publicada na Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago", verificou que o racismo obstétrico, como institucional, está presente nos ambientes hospitalares:

Os resultados dessa pesquisa demonstraram que o fator raça/cor pode influenciar no tratamento que as mulheres recebem dentro do

estabelecimento de saúde. O racismo institucional, que tem como principais agentes os próprios profissionais de saúde, é uma das mais frequentes manifestações da desigualdade racial, resultado de uma relação de poder que remete ao processo de colonização e escravização, sustentado por ideologias racistas que organizam a sociedade e seu imaginário e que, como consequência, são reproduzidas na assistência e acesso aos serviços de saúde. As desigualdades raciais nas boas práticas durante o trabalho de parto e nascimento podem ser observadas por meio da associação entre a raça/cor à luz das recomendações cientificamente comprovadas aqui expostas (Alves *et al.*, 2023, n.p).

Além disso, o estudo destaca as principais violências sofridas por essas mulheres negras:

Neste estudo, mulheres negras tiveram maior chance de sofrer manobra de Kristeller, amniotomia precoce, privação alimentar no trabalho de parto, menor oferta de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, além de maior frequência de clampeamento imediato do cordão e menor chance de contato pele a pele precoce (Alves *et al.*, 2023, n.p).

Assim, a pesquisa conclui que os resultados demonstram a necessidade de melhoria da qualidade da atenção à saúde da população para eliminação de iniquidades raciais, por intermédio de investimentos nos processos de qualificação dos profissionais com a adoção de políticas de saúde para orientar práticas que visem à redução da desigualdade racial.

Em Feira de Santana, na Bahia, com o apoio da Fundação Oswaldo Cruz Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, um estudo investigou a violência obstétrica perpetrada a mulheres negras que se encontram no ciclo-gravídico puerperal (pré-natal, parto e pós-parto) em um hospital público no período de julho a setembro de 2016. A pesquisa revelou esta mesma desigualdade de gênero e raça cor:

O resultado da investigação revelou as situações de (des) cuidado, descaso assim como um cuidado fragmentado na assistência à saúde das mulheres negras. As participantes da pesquisa também denunciaram momentos de solidão e abandono. As percepções de violências e as estratégias para “driblar” o (des) cuidado foram apontadas por elas e traduzem desigualdades no atendimento em saúde revelando uma qualidade inferior no cuidado recebido por essas mulheres negras. (...) o tratamento desigual pode gerar, dentre outros aspectos, insatisfação com o atendimento, retardo no diagnóstico e tratamento de patologias e, conseqüentemente, aumenta a vulnerabilidade das mulheres negras a vários agravos de saúde (...). Desta forma, o resultado da pesquisa revela

as experiências de mulheres negras que estão expostas a violências obstétricas, entretanto elas não percebem, em sua maioria, a questão racial como marcador de violências institucionais, por não entenderem a sua condição de mulher negra no ciclo. Considera-se que ainda há muito que mudar na assistência à saúde da mulher na Bahia e no Brasil, no tocante ao que normatiza as boas práticas de atenção ao parto e nascimento preconizado pelo SUS (Oliveira, 2018, p. 101-102).

Nesta mesma esteira, uma pesquisa que versa sobre analisar o perfil e a experiência de parto de 555 mulheres que visitaram a exposição durante a gestação, com enfoque na percepção sobre violência obstétrica, verificou que a violência obstétrica é uma situação de importância na saúde da mulher e da criança e influencia a cultura e a percepção sobre o parto pela sociedade, haja vista que a violência obstétrica está associada ao estado civil, à menor renda, à ausência de companheiro, ao parto em posição litotômica, à realização da manobra de Kristeller e à separação precoce do bebê após o parto. Além disso predominam os seguintes relatos de violência obstétrica:

Intervenção não consentida/aceita com informações parciais, cuidado indigno/abuso verbal; abuso físico; cuidado não confidencial/privativo e discriminação. A visita à exposição aumentou o conhecimento das gestantes sobre violência obstétrica. Entretanto, o reconhecimento de procedimentos obsoletos ou danosos na assistência ao parto como violência obstétrica foi ainda baixo (Lansky *et al.*, 2019, n.p).

A pesquisa sugere que “iniciativas de mobilização social como essa podem contribuir para ampliar o conhecimento e a divulgação sobre o problema e apoiar a disseminação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento, com a finalidade de reduzir as intervenções desnecessárias, reduzir o excesso de cesarianas, a morbi-mortalidade evitável e melhorar a experiência das mulheres” (*ibidem*) durante este período.

Assim, este estudo também confirmou empiricamente que o racismo obstétrico, através da violência obstétrica contra as mulheres negras, é frequente e, muitas vezes, não identificado pela própria vítima gestante, nos hospitais públicos e privados brasileiros.

No tocante à autoridade médica nestas situações de violência obstétrica, Luciana Aparecida Palharini afirma que, geralmente, não há muito diálogo ou acordos entre médico e paciente, o que existe é um modelo de hierarquização das relações, favorecendo a objetificação, experimentação e alienação do corpo da mulher:

Os movimentos sociais por mudanças na assistência ao parto e nascimento esbarrariam já nessa primeira questão: a dificuldade de diálogo com a classe médica tradicional devido à grande resistência por mudanças. Para o discurso hegemônico, a autoridade médica é invisível e, portanto, não há o que ser questionado. Os argumentos envolvidos por uma retórica de cientificidade, justificados pelo seu fim, não significam autoridade, mas, sim, verdade. Isso faz com que nem se discutam os procedimentos técnicos e as práticas que são colocadas em xeque. Todo discurso contrário, questionador e militante é desqualificado. Nesse sentido, tanto a prática quanto a formação médica tem se estabelecido mais como uma vocação de intervir e prescrever do que de consultar e negociar. As escolhas da mulher não são respeitadas e utiliza-se a autoridade científica para justificar tais condutas, pois apenas o médico saberia o que é melhor. Há, portanto, uma vontade de exclusão da mulher para que ela não participe das decisões, tornando-a objeto de intervenções e prescrições. Com isso, ocorre uma alienação da mulher com o seu corpo, sua fisiologia e sua experiência de gestação e parto. Esse lugar de autoridade da Medicina agencia uma subjetividade da mulher no parto que ocupa o lugar da incapacidade e da incompetência, contribuindo para o medo e a crença de que ela não é capaz de conduzir esse processo, entregando seu protagonismo nas mãos de quem, supostamente, tem o saber validado para tal (Palharini, 2017, n.p).

Palharini (2017) afirma que este modelo baseado em uma lógica “colonialista”, contribui para o afastamento de muitas mulheres que desconfiam do modelo vigente, e que não enxergam nessa relação a possibilidade de respeito aos seus corpos e escolhas.

Importante ressaltar que há debates entre profissionais e associações de saúde que envolvem a não utilização do termo “violência obstétrica”, alegando uma série de razões que incluem aspectos jurídicos, éticos e de percepção profissional. A própria Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) argumenta que o termo pode gerar interpretações equivocadas, prejudicando a relação médico-paciente:

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão possível de atenção à saúde, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez, parto e puerpério, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto, equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais e são repudiados com veemência pela FEBRASGO. Ao se fazer referência aos cuidados de saúde e intervenções médicas no parto e puerpério, um termo que vem sendo muito utilizado nos últimos anos é o de “Violência Obstétrica”. Trata-se de uma expressão criada com evidente conotação preconceituosa que, sob o falso manto de proteger a parturiente, criminaliza o trabalho de médicos e enfermeiros na nobre e difícil tarefa de atendimento ao parto (FEBRASGO, 2022, p. 1)

Além disso, justificou porque a terminologia seria um erro e ainda defendeu algumas específicas ações utilizadas na parturiente que, constantemente, são questionadas como violência:

O primeiro, e talvez maior erro do conceito de “violência obstétrica”, é tentar transformar em regra a exceção, dando a impressão de que médicos e enfermeiros habitualmente tratam parturientes de modo violento. Nada pode ser mais injusto do que isso. A imensa maioria das pessoas que cuidam e auxiliam mulheres a parir são pessoas dedicadas, corteses e comprometidas com as boas práticas. O segundo, e não menos grave, erro do preconceituoso termo “Violência Obstétrica”, é o de colocar num mesmo contexto atitudes de desrespeito e descortesia, inaceitáveis por qualquer ângulo que se olhe, e condutas médicas, muitas delas controversas, até passíveis de discussão científica, mas jamais devendo ser tratadas no âmbito da legislação penal. (...) Deste modo, vincular o uso da ocitocina no trabalho de parto à prática de “violência”, significa desconhecimento completo sobre atendimento seguro ao parto. (...) Desta maneira, incluir a episiotomia no rol dos procedimentos de “violência obstétrica” não é apenas injusto com os (as) parteiros(as), mas perigoso para mulheres e bebês. (FEBRASGO, 2022, p. 4-6).

A Federação finaliza sua manifestação informando que a Comissão Nacional Especializada de Defesa e Valorização Profissional da FEBRASGO se posiciona contrariamente ao uso do termo “Violência Obstétrica” em qualquer circunstância e ainda recomenda que nas situações de inadequação de condutas, deve ser empregado o termo “má-prática”, conforme utilizado em todas demais especialidades médicas. Os autores do artigo “Quem tem medo da violência obstétrica?” nomeiam esse contra-movimento como “resistência narcísica”:

(...) a resistência narcísica ao uso do termo violência obstétrica não protege os profissionais médicos de repercussões legais advindas de eventuais falhas. Ao contrário, na medida em que perpetua uma estrutura problemática, favorece a ocorrência de falhas e lapsos éticos. Seu reconhecimento, contudo, não como maus-tratos, mas como violência que o é, exige mudanças estruturais e sua contextualização na assistência obstétrica situa os cenários dessa reconstrução. Enquanto não reconhecermos que o atual modelo de assistência ao parto, excessivamente tecnocrático, abusivo e permeado de intervenções desnecessárias gera violência contra a mulher, fica difícil modificar as práticas para evitar a violência. Por mais preocupados que os conselhos de classe estejam em evitar ferir a susceptibilidade dos médicos, é importante reconhecer que se dói em qualquer um de nós admitir que somos, ou um dia fomos violentos, muito mais dói a violência contra as mulheres. Somente a partir do reconhecimento e da aceitação é que pode se iniciar o processo redentor da desconstrução e da transformação. Não há por que temer o termo violência obstétrica, o que precisamos é envidar

todos os esforços para sua erradicação. Se o termo provoca incômodo à comunidade médica, provoca também espaço para debatermos as modificações necessárias. O resultado da violência obstétrica agride brutalmente as mulheres, toda a nossa empatia e solidariedade estão com elas (Katz, 2020, n.p).

Ademais, em relação ao sistema de justiça, a “Justiça de Gênero” tem como principais preocupações “a efetivação dos Direitos Humanos das mulheres, a democratização do sistema de justiça e do acesso à justiça pelas mulheres, uma vez que, apesar da revogação da maioria dos textos normativos claramente discriminatórios com relação ao gênero, o Direito ainda é marcado por fortes assimetrias” (Severi, 2013, p. 55), as quais podemos destacar:

(...) a ausência de leis e normas que tratem da violência obstétrica, seja responsabilizando os agentes de saúde e hospitais, seja garantindo Direitos Fundamentais à mulher no momento do pré-parto, parto e pós-parto. A ausência de legislação específica, além de dificultar a aplicação de punições aos agentes da violência obstétrica, também pode significar a não preocupação do Direito em relação aos temas que afetem a saúde física e psíquica da mulher. Além da ausência de previsão normativa a respeito da violência obstétrica, notamos ainda que o sistema de justiça, no julgamento de processos relacionados a essa temática não tem encarado a violência obstétrica como violência institucional e de gênero (Nogueira; Severi, 2016, p. 465 *apud* Nogueira, 2017, p. 5).

Nesta mesma pesquisa sobre “O tratamento jurisprudencial da violência obstétrica nos tribunais de justiça da região sudeste” as pesquisadoras também constaram as seguintes porcentagem em relação a natureza das ações judiciais impetradas pelas parturientes:

A pesquisa realizada também demonstrou que, em regra, as ações que buscam a reparação pelas violências sofridas pelas mulheres são de natureza cível (88,5%) e ajuizadas pelas mães das crianças (60,1%) em face do hospital ou mesmo do hospital em litisconsórcio com alguma outra categoria (Fazenda Pública, profissionais de saúde, plano de saúde) (55,3%). Os pedidos, em sua grande maioria, referem-se à violência psicológica sofrida pela mulher/mãe (31,8%). Esse número fica ainda mais evidente quando somado aos casos em que a violência psicológica é cumulada com pedido de danos morais e/ou violência física (87,7%) (Nogueira; Severi, 2016, p. 448-450 *apud* Nogueira, 2017, p. 6).

À vista disso, verificou-se que no ajuizamento das ações com pedido de reparação dos danos decorrentes das condutas praticadas no parto, as mulheres demonstraram a demanda pela reparação dos danos sofridos, bem como a expectativa do

reconhecimento de que os danos sofridos decorreram da conduta dos profissionais e não o parto em si, desejando, portanto, a “força simbólica da decisão judicial na nomeação e no reconhecimento da violência institucional sofrida” (*ibidem*), justamente pela complexidade de violências que elas podem ter sofrido.

3.1 COORTE DE NASCIMENTOS EM PELOTAS E RIBEIRÃO PRETO E A PESQUISA “NASCER NO BRASIL”

De acordo com o Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidades), por meio do Acordo de Cooperação Técnica entre a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, a Fundação Universidade de Brasília – UnB, a Universidade Federal da Bahia – UFBA e o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário – MDSA, considera o Estudo de Coorte de Nascimentos um método de estudos que permite avaliar múltiplos desfechos, através de várias categorias como faixa etária, gênero, raça, escolaridade, renda, entre outras variáveis. Em outras palavras:

(...) é uma estrutura de pesquisa com as bases de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e permite aos estudiosos demográficos, epidemiologistas, especialistas em saúde materna e saúde materno-infantil fazer análises das condições de saúde desses indivíduos desde a gestação. É uma base de dados pensada e criada a partir da Coorte de 100 milhões de brasileiros. A partir da integração de dados originados desse sistema com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), ou Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP) foi possível observar até hoje os diversos impactos para a saúde da criança e para as mães (Araújo, 2023, n.p).

A Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015, conduzida por uma equipe de pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), faz parte de uma série de estudos longitudinais realizados pela universidade em 1982 (5.914 pessoas), em 1993 (5.249 pessoas), em 2004 (4.231 pessoas) e a última coorte em 2015, a quarta geração. É o maior estudo do gênero na América Latina e um dos maiores do mundo:

A Coorte de 2015 é o estudo de acompanhamento da saúde de todas as crianças nascidas na cidade de Pelotas (RS) entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2015. Organizado em etapas, o estudo monitora a saúde, o desenvolvimento físico e cognitivo e o contexto socioeconômico dos

participantes ao longo da vida, desde o período gestacional (...). Além de estudar a saúde infantil a partir do nascimento, a Coorte 2015 é a primeira a iniciar o acompanhamento desde o período gestacional. Isso porque os resultados das coortes anteriores apontam para a importância dos fatores presentes durante a gestação e os primeiros anos de vida sobre a saúde ao longo da infância à vida adulta. Entre esses fatores, estão uma série de características biológicas, socioeconômicas e assistenciais, avaliadas a cada etapa do estudo (Epidemiologia, 2015, n.p).

Sobre este estudo, autores destacam a violência obstétrica sofrida pelas mulheres pesquisadas:

(...) abordar a violência obstétrica no Brasil é a Coorte de Nascimentos de Pelotas (RS) 2015. Trata-se de um estudo de base populacional que coletou informações sobre violência obstétrica três meses após o parto. A amostra incluiu 4.275 puérperas e mostrou que 10% delas sofreram abuso verbal, 5% abuso físico, 6% foram submetidas a procedimentos inapropriados ou não desejáveis e 6% tiveram algum tipo de cuidado negado. No total, 18,3% das mulheres relataram algum tipo de maus-tratos durante o último parto. Assim como as duas pesquisas mencionadas anteriormente, a mensuração da violência obstétrica também consiste em um aspecto limitante desta pesquisa (Leite *et al.*, 2024, n.p).

É importante não olvidarmos os danos psicológicos que as mulheres podem desenvolver após uma violência obstétrica. A frequência desses eventos pode levar a consequências emocionais graves, incluindo transtorno de estresse pós-traumático. O impacto da violência obstétrica na saúde mental das mulheres é duradouro, e pode afetar não apenas a mãe, mas também a saúde e o desenvolvimento da criança devido à dificuldade de vinculação emocional e outros desafios resultantes da depressão.

Sobre isso, esta pesquisa destaca:

(...) utilizando dados da Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015, também encontrou relação causal entre violência obstétrica e depressão pós-parto. Os autores desse estudo observaram uma relação dose-resposta, mostrando que o risco de ter depressão pós-parto cresceu conforme aumentou o número de atos de violência obstétrica sofridos. (...) também encontrou relação causal entre violência obstétrica e depressão pós-parto. Os autores desse estudo observaram uma relação dose-resposta, mostrando que o risco de ter depressão pós-parto cresceu conforme aumentou o número de atos de violência obstétrica sofridos (*ibidem*).

Além disso, a pesquisa “Nascer no Brasil I”, realizada entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, na qual, cerca de 24 mil mulheres em todo o território nacional foram

entrevistadas, com representatividade de 80% dos nascimentos ocorridos no país, aborda relatos de violência obstétrica sofrida por elas:

(...) 11,1% das mulheres se sentiram desrespeitadas durante todo o processo de nascimento. Em relação à presença de acompanhante durante o parto, 24,5% das mulheres relataram a ausência completa, enquanto 56,7% mencionaram ausência parcial do acompanhante. Entre gestantes com risco obstétrico habitual, 56,1% relataram ter sido submetidas à episiotomia e 37,3% relataram ter sofrido a manobra de Kristeller. Cerca de 45% das entrevistadas relataram ter vivenciado pelo menos um ato de violência obstétrica durante o parto, incluindo violência física ou psicológica, tratamento desrespeitoso, falta de informação, privacidade e comunicação com a equipe de saúde, impossibilidade de fazer perguntas e perda de autonomia (*ibidem*).

Bem como destaca a ruptura do vínculo de confiança com os serviços de saúde na atenção básica familiar:

(...) mulheres que sofreram violência obstétrica apresentaram menor probabilidade de buscar serviços de saúde pós-natais, tanto para si mesmas quanto para seus bebês, principalmente entre usuárias do SUS. Os autores explicam que a quebra de confiança no serviço de saúde como um todo pode afastar as famílias da atenção básica. Essa ruptura de vínculo teria o potencial de prejudicar a continuidade do cuidado, que inclui desde o planejamento familiar até o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança no seu primeiro ano de vida (*ibidem*).

Os autores também revelam que nos dois estudos de Coorte realizado na cidade de Ribeirão Preto, em mulheres nos anos de 1978/1979 e 1994, as quais teriam passado por, pelo menos, um parto, os resultados mostraram que das 632 mulheres entrevistadas, 62,2% afirmaram ter sofrido, ao menos, um ato de violência obstétrica e, apenas 8,3% se percebiam como vítimas de alguma forma de violência, abuso ou maus-tratos, conforme o Quadro a seguir:

Quadro 1 Prevalência e aspectos metodológicos de pesquisas nacionais sobre violência obstétrica em mulheres durante o parto.

Pesquisa	Perseu Abramo	Nascer no Brasil I	Coorite de Pelotas (R3)	Coorite de Ribeirão Preto (8P)
Prevalência de violência obstétrica	25% ao longo da vida	44% no último parto	18% no último parto	62,2% ao longo da vida
Abrangência	Nacional (porém o texto não é claro quanto à representatividade da amostra para as questões envolvendo a violência obstétrica)	Nacional - base hospitalar	Local - base populacional	Local - base populacional
Número amostral	1.466	24.000	4.275	745
Questões utilizadas para mensuração da violência obstétrica	Na hora do parto algum profissional no serviço de assistência: 1) fez exames de toque de forma dolorosa; 2) negou ou deixou de oferecer algum tipo de alívio para dor? 3) gritou com você? 4) não te informou sobre algum procedimento que estava fazendo? 5) se negou a te atender? 6) te xingou ou te humilhou? 7) te empurrou? 8) te amarrou; 9) bateu em você; 10) assediou você sexualmente?	Na sua internação para o parto: 1) você considera que foi vítima de algum maltrato ou outra forma de violência por parte dos profissionais, como violência verbal, violência psicológica ou violência física?; 2) como você avalia o respeito dos profissionais ao recebê-la e ao falar com você?; 3) como a você avalia a maneira como sua intimidade foi respeitada durante o exame físico e o atendimento; 4) na sua opinião, os cuidados e as orientações que você recebeu depois do parto até a alta da maternidade foram?; 5) como a Sra. avalia a clareza com que os profissionais de saúde explicaram as coisas para a você?; 6) como a Sra. avalia o tempo disponível para fazer perguntas sobre a sua saúde ou o seu tratamento?; 7) Como você avalia a possibilidade de participar junto com a equipe de saúde das decisões sobre o seu trabalho de parto e o parto?	Na sua internação para o parto: 1) algum profissional já empurrou, machucou, espancou, segurou-se com força ou conduziu algum exame de forma rude ou desrespeitosa?; 2) algum profissional foi grosseiro com você, xingou ou gritou com você, humilhou ou ameaçou não atender você?; 3) algum profissional se recusou a lhe dar alguma coisa que você pediu, como água ou analgésico?; 4) algum profissional já realizou algum procedimento contra a sua vontade, sem explicar a necessidade de realizá-lo, como episiotomia ou medicação para induzir o parto?	Durante o meu atendimento para o parto: 1) eu não pude ficar com o acompanhante da minha escolha; 2) eu não tinha permissão para comer ou beber; 3) gritaram comigo; 4) ameaçaram a parar de cuidar de mim; 5) fui submetida a vários exames vaginais sem ser consultada; 6) a equipe de saúde responsável pelo meu cuidado não me explicava o que estava acontecendo; 7) eu fui forçada a ter um parto vaginal contra a minha vontade; 8) eu fui forçada a ter uma cesariana contra a minha vontade; 9) eles empurraram a minha barriga para ajudar o bebê a nascer; 10) a equipe de saúde não me deixou andar quando eu quis; 11) a equipe de saúde cortou minha vagina sem me consultar ou contra a minha vontade; 12) a equipe de saúde cortou minha vagina sem anestesia; 13) a equipe de saúde demorou para me mostrar ou pegar o bebê.

Fonte: Autores.

Fonte: (Leite *et al.*, 2024, n.p)

No tocante a saúde mental das mulheres negras pós-parto (60 dias pós-parto), em especial o Transtorno Depressivo, um estudo transversal desenvolvido em um município do interior paulista, por meio de análise segundo a raça/cor, verificou que, das 186 mulheres entrevistadas, 60,8% referiram ser da cor parda, 24,2% apresentaram indicativo de transtorno depressivo e, entre estas, 81,7% eram da raça negra. O indicativo de transtorno depressivo associou-se às variáveis: número de filhos, gestação planejada e tipo de parto (Lima, RV et. al).

3.2 A VIOLÊNCIA FÍSICA E SEXUAL CONTRA NEGROS E NEGRAS

A Organização Pan-Americana da Saúde considera que a violência contra as mulheres - particularmente a violência por parte de parceiros e a violência sexual - é um grande problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos das mulheres:

Estimativas publicadas pela OMS indicam que, aproximadamente, uma em cada três mulheres nas Américas sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro íntimo ou violência sexual por não parceiro em sua vida. A violência por parceiro íntimo é a forma mais comum de violência contra a mulher. Globalmente, até 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos por um parceiro íntimo do sexo masculino (OPAS, [s.d], n.p).

Além disso, considera que dentre maiores fatores associados ao aumento do risco de perpetração destas violências estão: (i) baixa escolaridade; (ii) maltrato infantil ou exposição à violência na família; (iii) uso nocivo do álcool; (iv) atitudes violentas; (v) desigualdade de gênero; (vi) situações de conflito, pós-conflito e deslocamento, entre outros fatores.

De acordo com o “Estudio Multipaís de la OMS Sobre Salud De La Mujer y la Violencia Doméstica”, realizado em 2005 em 10 países (em sua maioria de baixa e média renda), observou-se que entre as mulheres de 15 a 49 anos:

Entre 15% das mulheres no Japão e 71% das mulheres na Etiópia relataram terem sofrido violência física e/ou sexual por parte de um parceiro em sua vida; Entre 0,3% e 11,5% afirmaram ter sofrido violência sexual perpetrada por alguém que não era seu parceiro depois dos 15 anos de idade; A primeira experiência sexual foi forçada em muitos casos (17% das mulheres na Tanzânia rural, 24% no Peru rural e 30% em zonas rurais de Bangladesh indicaram que sua primeira experiência sexual foi forçada) (WHO, 2005, n.p).

Além disso, a OMS junto à Escola de Higiene e Medicina Tropical e o Conselho de Pesquisa Médica de Londres, analisaram 80 países e constataram a gravíssima crise de violências sexuais espalhadas por todo o mundo. Dentre as notificações, foram levantados os seguintes dados:

(...) quase um terço (30%) de todas as mulheres que estiveram em um relacionamento sofreram violência física e/ou sexual ou por parte de seu parceiro. As estimativas de prevalência variam de 23,2% nos países de alta renda e 24,6% na região do Pacífico Ocidental para 37% na região do Mediterrâneo Oriental da OMS e 37,7% na região do Sudeste Asiático.

Além disso, 38% de todos os assassinatos de mulheres são cometidos por parceiros em todo mundo. Além da violência perpetrada por parceiros, 7% das mulheres em todo o mundo relatam terem sido assediadas sexualmente por terceiros, embora os dados para essa questão sejam mais limitados (OPAS, [s.d], n.p)

No Brasil, entre os anos de 2002 e 2021, os dados do Datasus constataram que 720.927 pessoas negras foram assassinadas, sendo 99 pessoas negras vítimas por dia. Verificou-se que negros representam 71% de todas as vítimas de assassinato no Brasil no período. Considera-se que somente em 2021, 36.922 pessoas negras foram mortas. O cenário permanece violento para a população negra ao tratarmos sobre as crianças: dados do 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública revelam que dentre as crianças de até 11 anos vítimas de homicídio, 67,1% eram negras. Entre os adolescentes de 12 a 17 vítimas de homicídio, 85,1% eram negros (Fórum, 2023, p. 7).

Neste sentido, o Atlas da Violência 2023¹ (uma parceria do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública) revelou que dos homicídios de idosos entre 2020 e 2021, houve um aumento de 18,9% em relação as mulheres negras idosas, aumento de 10,3% mulheres não negras idosas, aumento de 4,2% de homens negros idosos e redução de 8,9% em relação aos homens não negros idosos.

Entre os anos de 2015 e 2022, a Vital Strategies, organização internacional composta por especialistas recomendados por políticas públicas governamentais, através do estudo de mais de 1 milhão de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde, referentes a mulheres que deram entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), revelou que as mulheres são 75% das vítimas de violência física e sexual no Brasil, mas pretas e pardas são ainda as mais afetadas. A depender da região, elas também possuem mais que o dobro do risco de sofrer algum tipo de violência em relação às mulheres brancas.

No Nordeste, as mulheres negras têm mais que o dobro de probabilidade de sofrer violência física em relação às mulheres brancas e, no Norte, o dobro do risco para a violência sexual. Além disso, entre 2014 e 2020, outras causas de morte - excluindo automutilação - também tiveram incidência maior em mulheres negras, elas detém 2,7

¹ ATLAS DA VIOLÊNCIA 2023. Instituto da Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/12/atlas-da-violencia-2023-infografico.pdf>>. Acesso em: dez, 2023.

vezes mais chances de morrer por fatores externos (Lopes, 2023). Isto mostra o grau de vulnerabilidade e falta de acesso à saúde, justiça e segurança que a população negra enfrenta em todas as regiões do país, os jovens negros pobres e periféricos, principalmente as mulheres negras nas regiões Norte e Nordeste.

Não podemos esquecer que estes números trazem impactos muito significativos também na vida psicológica desta mulher. Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Obstetrícia, 2023, n.p), a vítima de violência sexual pode ter como consequência: Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), sentimentos de vergonha e culpa, depressão, abuso de substâncias, problemas de sono, dificuldades em retomar o trabalho e outras atividades diárias, entre outras consequências, afetando sua saúde física, emocional e social.

No cenário de violência doméstica, de acordo com o 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023, todos os indicadores subiram. No ano de 2022, houve um crescimento de 2,9% das agressões por violência doméstica, totalizando 245.713:

Isso significa dizer que, diariamente, 673 mulheres se deslocam até uma delegacia de polícia para denunciar um episódio de violência doméstica, crescimento de 2,9% em relação aos registros do ano anterior (Fórum, 2023)

Também houve um crescimento de 7,2% das ameaças, totalizando 613.529, e crescimento de 8,7% dos chamados, totalizando 899.485 chamados ao 190 e 102 acionamentos por hora. Em relação às concessões de Medidas Protetivas de Urgência houve também o crescimento de 13,7% nas, totalizando 445.456. Além disso, verificou-se 56.560 registros de violência doméstica, ou seja, 155 casos diários; bem como 24.382 ocorrências de casos de violência psicológica registrada (Fórum, 2023).

A 4ª Edição da Revista "Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil", realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública e o Instituto de Pesquisas Datafolha, constatou que, em 2023, das violências sofridas pelas brasileiras, 65,6% eram negras, 29,0% brancas, 2,3% amarelas e 3,0% indígenas. Sobre a idade 30,3% possuem de 16 a 24 anos, 22,8% de 25 a 34 anos, 20,6% de 35 a 44 anos, 17,1% de 45 a 59 anos, e 9,2% 60 anos ou mais. Sendo que 57,4% tinham filhos, 51,9% residiam em cidades do interior, 31,3% dos agressores eram ex-cônjuges, ex-companheiros ou ex-namorados, e 53,8% das violências ocorreram dentro de suas casas (*ibidem*).

Como fator de risco para a ocorrência de feminicídios, o crime de "stalking", ou seja, de perseguição, foi tipificado recentemente e já com 56.560 casos de mulheres vítimas em 2022, uma taxa de 54,5 por 100 mil (*ibidem*). Em relação ao feminicídio, as maiores vítimas são as mulheres negras: houve um crescimento de 6,1% dos feminicídios, ou seja, 1.437 casos no ano; crescimento de 1,2% dos homicídios femininos, ou seja, 4.034; a tentativa de feminicídio subiu 16,9%; 7 em cada 10 foram mortas dentro de casa; 53,6% dos autores são parceiro íntimo, 19,4% ex-parceiro íntimo e 10,7% familiar. Dessas vítimas, 61,1% delas eram mulheres negras, 71,9% possuíam entre 18 e 44 anos de idade. Nos demais assassinatos de mulheres, o percentual de vítimas negras é ainda maior, com 68,9% dos casos, para 30,4% de brancas. E das mulheres que já foram vítimas de algum tipo de violência provocada por parceiro íntimo em algum momento da vida, 45% eram mulheres negras e 36,9% mulheres brancas (Fórum, 2023, p. 16). Logo, verifica-se que, a população negra brasileira é perfil de diversos cenários violentos: assim como o sistema penitenciário possui o perfil de jovens negros e periféricos, o feminicídio também possui o perfil de mulheres jovens e adultas negras.

No período colonial, as mulheres negras eram invejadas e odiadas pelas senhoras brancas, Nogueira destaca que determinadas mulheres negras eram desejadas sexualmente e, simultaneamente, repudiadas pelos mesmos senhores que as estupravam:

[...] eram desejadas, pois satisfaziam o apetite sexual dos senhores e eram por eles repudiadas pois as viam como criaturas repulsivas e descontroladas sexualmente. Não podiam, pela condição de mercadoria, se vincularem afetivamente, apenas funcionavam como máquinas reprodutoras. Seus filhos não lhes pertenciam, quase sempre eram vendidos, o que era determinado pelo interesse do senhor. Tinham como possibilidade de exercer sua "função materna", quase sempre enquanto "amas de leite" do filho do senhor. Isto é, a mulher negra é historicamente desinvestida de qualquer possibilidade que a permitisse exercer sua feminilidade. (NOGUEIRA, 1999)

Sobre esta violência sexual, Crenshaw (2002) ressalta que o estupro de mulheres também sempre foi utilizado como estratégia de guerra para humilhar e/ou destruir a comunidade de seu oponente, ao final deste estupro, a mulher ainda poderia sair como "ímpuro"/"imprópria" para se relacionar. Isto é, ela sendo revitimizada pelo mal e conflitos alheios:

(...) os trágicos eventos de genocídio em Ruanda e na Bósnia foram desencadeados pelas mutilações e pelo estupro de mulheres por

motivações étnicas. Tais abusos, caracterizados pela degradação das mulheres, foram perpetrados tanto como ataques contra a honra do grupo quanto, é claro, como atos contra as próprias mulheres. Conforme afirma a Relatora Especial das Nações Unidas, Radhika Coomaraswamy, as mulheres são alvos especiais desse tipo de abuso por serem frequentemente percebidas como representantes da honra simbólica da cultura e como guardiãs genéticas da comunidade. Embora o ataque à comunidade tenha sido execrado como genocídio étnico, essa indignação não sinaliza preocupações com suas vítimas diretas, muitas das quais estão condenadas ao ostracismo, vistas como mulheres maculadas e irremediavelmente degradadas (Crenshaw, 2002, n.p)

Nesse aspecto, Angela Davis ainda ressalta que as mulheres negras escravizadas eram “inerentemente vulneráveis a todas as formas de coerção sexual”. Enquanto os homens, como punição, eram açoitados e mutilados, as mulheres eram açoitadas, mutiladas e estupradas. A cultura do estupro sempre foi muito comum e natural, era visto como uma “expressão ostensiva do domínio econômico do proprietário e do controle do feitor sobre as mulheres negras na condição de trabalhadoras”, os abusos facilitavam a cruel exploração econômico do trabalho (Davis, 2016, p. 20)

Considerando as exigências da exploração sexual, os feitores pensavam nessas mulheres como mão de obra, e não como mulheres - a menos quando eram para ser violentadas, o gênero importava. Assim sendo:

(...) uma vez que as mulheres negras, enquanto trabalhadoras, não podiam ser tratadas como o “sexo frágil” ou “donas de casa”, os homens negros não podiam aspirar à função de “chefes de família”, muito menos à de “provedores da família”. Afinal, homens, mulheres e crianças eram igualmente “provedores” para a classe proprietária de mão de obra escrava (*ibidem*).

Em relação ao perfil das vítimas de estupro e estupro de vulnerável no Brasil em 2022, a 17ª Edição do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, a partir da compilação dos microdados dos boletins de ocorrência registrados pelos estados, verificou que 61,4% possuem de 0 a 13 anos de idade, e 8 em cada 10 tinham menos de 18 anos. A pesquisa também constatou que a maioria das vítimas: 88,7% eram do sexo feminino, 56,8% eram negras. Sendo que: 56,2% das vítimas com até 13 anos eram negras e 49,1% das mulheres negras e 42,2% mulheres brancas foram vítimas de assédio sexual (Fórum, 2023, p. 15).

Tem-se que, de forma geral, há desigualdade racial entre as vítimas em todas as faixas etárias: “as vítimas negras (pretas e pardas) são a maior parte em praticamente todas as idades. Contudo é interessante notar que o percentual de vítimas brancas entre 11 e 14

anos reduz e dá espaço para o aumento do percentual de vítimas amarelas e indígenas que representam 6%, 11% e 6%, respectivamente, do total de vítimas de 13 anos de idade. (FÓRUM, p. 191-192, 2023).

3.3 A EUGENIA E A CULTURA DO ESTUPRO CONTRA CORPOS NEGROS

Considerando este rastro histórico de embranquecimento político da população brasileira, a cultura do estupro sempre esteve presente em nosso país. Mãe Flávia Pinto retrata que, a partir do século XV, com o início da Idade Moderna e a transição do modo de produção feudal para o sistema econômico mercantilista em expansão do Império Europeu, fez com que os continentes como América, África e Ásia fossem reféns da inauguração de um período de violência contra a mulher como uma forma de demonstração pública do poder masculino e econômico sobre o corpo e vida dela:

(...) o estupro era uma forma moral de dominação, uma vez que, pela uso da força durante o ato, os homens demonstraram que as mulheres daquela tribo, aldeia ou comunidade não pertenciam mais àquela família tradicional e que os invasores tinham acesso e posse de seus corpos, pelo tempo que bem entendessem. A desmoralização e a violação das fêmeas da comunidade tribal eram utilizadas como armas de dominação e exercício do poder (...). O apagamento do poder feminino é a ferramenta que sustenta sua submissão, além de retirar o direito da mulher sobre o próprio corpo, a própria vida e sua titularidade da terra (Pinto, 2021, p. 30-31).

A autora também ressalta que a gravidez compulsória também era utilizada como estratégia de violência e dominação, favorecendo para a desvalorização, desmoralização e depreciação da mulher à objeto:

(...) essa era a forma de fazer com que as mulheres dos territórios dominados gerassem filhos dos invasores, tomando seus próprios filhos herdeiros das terras invadidas (...). O estupro foi uma das ferramentas mais utilizadas para desestruturar as formas de organização tribal (...). Abusar sexualmente de uma mulher, muitas vezes na frente de seus familiares, era uma forma de envergonhá-las e torná-las impuras para seus grupos sociais (...). Pouco a pouco, deixaram de ser tratadas como sagradas e se tornaram objetos sexuais e reprodutivos para que o sistema mercantilista e capitalista pudesse expandir com as acumulações de lucro necessárias para saciar a ganância de seus articuladores (...). Era necessário que as mulheres gerassem filhos em larga escala e, para que os homens enriquecessem, era necessário que as mulheres ficassem em casa

cuidando de seus herdeiros. Assim, o ambiente privado tornou-se restrito à fêmea e o público, livre apenas para o macho (Pinto, 2021, p. 30-31).

Esta estratégia de dominação imperialista não se distingue muito das coloniais brasileiras, de modo que os “herdeiros”, filhos dessas mulheres negras escravizadas, neste caso, eram utilizados como mão de obra adicional, e os herdeiros filhos das mulheres brancas, eram fruto de uma reprodução pensada em expansão familiar, logo, territorial. Assim, a autora considera que “desde então, a sociedade conserva este hábito velado que vai desde estupros coletivos e maritais à pedofilia em ambientes privados e públicos”:

Durante um período da história, em diferentes culturas, esse ato não era considerado crime, assim como ocorreu no Brasil durante os quatrocentos anos de escravidão dos corpos negros (Pinto, 2021, p. 64-65).

Para além disso, a autora também ressalta que não há como combatermos machismo e o racismo sem questionar a dominação religiosa cristã, a qual alicerçou comportamentos violentos e preconceituosos em nossa atual sociedade:

É extremamente necessário entender os impactos estruturais e estruturantes que a moral cristão causou à vida das mulheres e dos povos dominados - dos povos negros e indígenas em especial, mas também dos asiáticos, árabes, ciganos etc. - para melhor compreendermos diferentes contextos, como o latino-americano, o africano e o brasileiro (Pinto, 2021, p. 34).

Verifica-se que no Brasil, a invasão dos grupos clérigos inaugurou o sistema de educação oficial, naturalmente, escolhendo uma única forma de contar a história ao mundo - conforme já referenciada a teoria de Chimamanda Ngozi Adichie - ou seja, substituir o horror por falso romantismo:

(...) “colonização” em vez de “invasão”; “tráfico de seres humanos” por “escravidão”; “submissão dos desalmados aos caprichos dos homens cristãos” em vez de “estupro”, “pedofilia” e “tortura”; “exploração das riquezas das terras ameríndias e africanas” por “incentivo ao desenvolvimento econômico europeu”. Segundo eles, considerados o centro da civilização mundial, as mulheres brancas deveriam ser submissas e agradecer por terem sido aceitas por um marido, pois eram vistas como sujas. Já as negras e indígenas eram obrigadas a servir e parir filhos com a finalidade de aumentar a mão de obra escravizada - engrenagem estruturante do sistema capitalista (Pinto, 2021, p. 34).

O quadro “A Redenção de Cã”, pintado em 1895 por Modesto Brocos, é uma obra emblemática que revela a eugenia institucionalizada no país no final do século XIX e início do século XX. Ela também evidencia, implicitamente, a questão do domínio de corpos através da violência sexual pelos estupros de mulheres negras e indígenas por homens brancos, tanto durante a escravidão, quanto depois dela. O quadro, o qual insinua uma celebração, na verdade ecoa a miscigenação forçada e violenta presente na história do Brasil, não restando escolhas para a mulher negra e indígena senão a dor e a opressão.

Gilberto Freyre, com sua obra “Casa-Grande & Senzala”, publicada em 1933, surge para abordar a chamada democracia racial, pautando sobre a formação sociocultural brasileira através do hibridismo social, da integração social e da linguagem, considerando a miscigenação entre brancos (portugueses), negros (escravizados) e indígenas que habitam o Brasil, em suma, como essas relações sociais contribuíram para a formação identitária do povo brasileiro no século XX.

Na contramão das teorias etnocêntricas, higienistas e eugênicas dos antropólogos e intelectuais do século XIX e XX, Freyre afirmava que, nos engenhos coloniais, a miscigenação entre colonizadores, escravizados africanos e indígenas foi benéfica ao Brasil, uma vez que “todos esses povos acabaram se integrando de forma pacífica, resultando em uma sociedade mais forte e com cultura mais elaborada” (Marasciulo, 2021). Assim, Freyre afirmava que havia relações de cordialidade e humanidade em nosso passado escravagista brasileiro, ignorando todas as violências contra os povos indígenas e africanos, especialmente o embranquecimento político através da violência sexual contra as mulheres. Este conceito, posteriormente, fora denominado por outros pesquisadores como “democracia racial”.

Para Carneiro (2000) “a miscigenação racial presente em nossa sociedade vem se prestando a diferentes usos políticos e ideológicos. Em primeiro lugar, a miscigenação vem dando suporte ao mito da democracia racial na medida em que o intercuro sexual entre brancos, indígenas e negros seria o principal indicativo de nossa tolerância racial, argumento que omite o estupro colonial praticado pelo colonizador em mulheres negras e indígenas, cuja extensão está sendo revelada pelas novas pesquisas genéticas”.

Neste cenário, Buarque afirma que, nos Estados Unidos da América, Gilberto Freyre reforçou a imagem de que no Brasil não há conflitos raciais em decorrência da miscigenação natural:

Freyre propagou uma versão limpa da longa história brasileira de colonização e escravidão, sendo que o Brasil se apoiou nisso para se projetar como um país superior por ser miscigenado, enquanto os Estados Unidos da época eram segregados. A imagem acabou se fixando. Até hoje, muitos norte-americanos ainda acreditam na ideia de que a miscigenação dá uma flexibilidade à questão de raça no Brasil, reduzindo tensões que são evidentes nos Estados Unidos. Muitos brasileiros se acreditam superiores por não terem as “tensões do norte” (Buarque, 2020, n.p)

Considera-se a democracia racial como um mito pois, quando falamos em democracia, no sentido amplo, falamos de possibilidade de participação política, de igualdade de direitos, liberdade garantida a todos etc. Para que ela seja possível, aquele estado precisa se configurar em plena igualdade entre os indivíduos, independentemente de raça, cor ou etnia (Porfírio, [s.d], n.p). Logo, comprovada e indiscutivelmente, em um país tão desigual quanto o Brasil, no qual o racismo estrutural é sistêmico e resistente, dificultando vários acessos à direitos fundamentais, a democracia racial é inexistente, uma utopia.

Autores como Kabengele Munanga, Florestan Fernandes, Abdias do Nascimento, Conceição Evaristo, entre outras figuras importantes, são os responsáveis por desmistificar a ideia da existência de uma democracia racial no Brasil. Deste modo, apesar da obra de Freyre ter base antirracista, ao criar uma espécie de “Mito da Democracia Racial” no Brasil Colônia e República, ela contribui para a deslegitimação das lutas dos movimentos negros/antirracistas, uma vez que tenta derrubar a existência do racismo e da violência sexual contra as mulheres, bem como mascara a real face do país, prejudicando assim o desenvolvimento e aplicação de comportamentos sociais e ordenamentos jurídicos antidiscriminatórios. Conforme Miranda (2010), a racialidade habita o imaginário humano há séculos:

A ideia de raça atravessa os séculos, habitando imaginário dos seres humanos sendo utilizada nas relações entre os indivíduos e povos a partir de diversas concepções e finalidades. Seu surgimento é baseado em uma ideia e definição eurocêntrica e branca. (...) a palavra raça entrou na língua inglesa no começo do século XVI, sendo que as mudanças no seu uso refletem a compreensão popular das diversidades físicas e culturais (Miranda, 2010, p. 5).

Atualmente, toda esta política de embranquecimento da população, apesar de não estar mais oficialmente decretada, ainda é estimulada e está dentro das casas das famílias brasileiras. Para além disso, em decorrência desta mestiçagem, muitas pessoas pardas ainda sentem dificuldade em “se encaixar”, ou melhor, se identificar como pertencente a algum grupo étnico-racial.

4 MORTALIDADE MATERNA E ASSISTÊNCIAS À GESTANTE

Alyne Pimentel é símbolo e personificação desta realidade trágica: mulher brasileira, negra, pobre, 28 anos, casada, mãe de uma filha de cinco anos, moradora da Baixada Fluminense e gestante que morreu em decorrência de violência obstétrica baseada em gênero, raça e origem socioeconômica. Em 11 de novembro de 2002, Alyne da Silva Pimentel Teixeira estava no sexto mês de gestação e buscou assistência em uma clínica de saúde pública Hospital Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em Belford Roxo, no estado do Rio de Janeiro. Com náusea e fortes dores abdominais, recebeu analgésicos, agendou exame de sangue e urina, e foi liberada para voltar a sua casa, mas sua situação se agravou.

No dia 13, retornou ao hospital, quando então foi constatada a morte do feto, por aborto espontâneo. Alyne foi então submetida a um exame de ultrassonografia e, posteriormente, informada de que teria o parto induzido para a retirada do feto morto, todavia, o parto normal não foi bem-sucedido. Após 14 horas de espera, Alyne foi submetida a cirurgia para retirada do natimorto e dos restos da placenta. O quadro se agravou (hemorragia grave, vômito com sangue, pressão arterial baixa, desorientação prolongada e fraqueza física avassaladora, incapacidade de ingerir alimentos). Sua mãe e seu marido não foram ao centro de saúde naquele dia porque confiaram em garantias dadas por telefone de que Alyne estava bem. Alyne recebeu oxigênio, Cimetidina, Manitol, Decadron e antibióticos. Os médicos explicaram à mãe que os sintomas eram consistentes com os de uma mulher que nunca havia recebido cuidados pré-natais e que ela precisava de uma transfusão de sangue.

Foi indicada sua transferência para hospital em outro município, mas sua remoção foi feita com grande atraso. No dia 15, depois de 8 horas, com náuseas e fortes dores abdominais e com sintomas clínicos manifestos de coma nas últimas duas horas, na

espera de uma ambulância, a jovem foi transferida para o Hospital Geral de Nova Iguaçu, e ainda aguardou horas no corredor por falta de leito na emergência.

Com hipotermia, dificuldade respiratória aguda e um quadro clínico compatível com coagulação intravascular disseminada, no dia 16 de novembro de 2002, Alyne não suportou e faleceu em decorrência de hemorragia digestiva resultante do parto do feto morto. Sua transferência tardia, o tratamento inadequado e sem os cuidados necessários foram determinantes para sua morte. Os médicos do centro de saúde disseram a ela que o feto estava morto no útero há vários dias e que isso havia causado a morte. Em 11 de fevereiro de 2003, o marido da Sra. da Silva Pimentel Teixeira entrou com uma ação contra o sistema de saúde por danos materiais e morais.

Segundo a Comunicação nº 17/2008 do CEDAW, item 2.9 a 2.12 (p. 4):

Sua pressão arterial caiu para zero, e ela teve que ser ressuscitada. O hospital a colocou em uma área improvisada no corredor do pronto-socorro porque não havia leitos disponíveis. Os atendentes médicos não trouxeram seus registros médicos para o hospital. Em vez disso, eles forneceram ao médico assistente um breve relato oral de seus sintomas. Em 16 de novembro de 2002, a mãe da Sra. da Silva Pimentel Teixeira a visitou. Ela estava pálida e tinha sangue na boca e nas roupas. A equipe do hospital enviou a mãe da Sra. da Silva Pimentel Teixeira ao centro de saúde para recuperar seus registros médicos. No centro, ela foi questionada sobre o motivo de querer os registros e obrigada a esperar por eles. A Sra. da Silva Pimentel Teixeira morreu às 19h do dia 16 de novembro de 2002. Uma autópsia concluiu que a causa oficial da morte foi hemorragia digestiva. De acordo com os médicos, isso resultou do parto do feto natimorto (CEDAW, 2008).

Através de sua mãe, Maria de Lourdes da Silva Pimentel, e com o apoio de organizações de Direitos Humanos, em 30 de novembro de 2007, o caso foi apresentado à Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), órgão ligado à ONU. Em agosto de 2011, o Comitê do CEDAW elaborou a Comunicação nº 17/2008 acima, na qual o Estado Brasileiro alegou que:

(...) claramente não foi indiferente ou insensível à sua obrigação de implementar políticas de saúde que forneçam cuidados específicos às mulheres. Esse esforço não se restringe aos direitos sexuais e reprodutivos, mas dá atenção mais ampla à saúde das mulheres, o que envolve oferecer cuidados para seu bem-estar físico e mental geral (*ibidem*).

Todavia, o CEDAW responsabilizou o Estado Brasileiro por não cumprir seu papel de prestar o atendimento médico adequado desde o início das complicações na gravidez de Alyne, e reconheceu que as violações foram exacerbadas por discriminação de gênero e raça. Para o órgão, a assistência à saúde uterina e ao ciclo reprodutivo é um direito básico da mulher e a falta dessa assistência consiste em discriminação, por tratar-se de questão exclusiva da saúde e da integridade física feminina:

Suas queixas de náuseas e dores abdominais intensas durante seu sexto mês de gravidez foram ignoradas pelo centro de saúde, que não realizou um exame de sangue e urina urgente para verificar se o feto havia morrido. Os testes foram feitos dois dias depois, o que levou a uma deterioração da condição da Sra. da Silva Pimentel Teixeira. (...) O Estado Parte não negou a inadequação do serviço nem refutou nenhum desses fatos. Em vez disso, admitiu que a condição vulnerável da Sra. da Silva Pimentel Teixeira exigia tratamento médico individualizado, o que não foi possível devido a uma potencial falha na assistência médica fornecida por uma instituição de saúde privada, causada por negligência profissional, infraestrutura inadequada e falta de preparação profissional. O Comitê conclui, portanto, que não foram garantidos à Sra. da Silva Pimentel Teixeira serviços adequados relacionados com a sua gravidez. (...) o Comitê relembra suas observações finais sobre o Brasil, adotadas em 15 de agosto de 2007, onde observou a existência de discriminação de fato contra mulheres, especialmente mulheres dos setores mais vulneráveis da sociedade, como mulheres de ascendência africana. Também observou que tal discriminação foi exacerbada por disparidades regionais, econômicas e sociais. (...) o Comitê conclui que a Sra. da Silva Pimentel Teixeira foi discriminada, não apenas com base em seu sexo, mas também com base em seu status como mulher de ascendência africana e sua origem socioeconômica. (...) O Comitê reconhece o dano moral causado à autora pela morte de sua filha, bem como o dano moral e material sofrido pela filha do falecido, que foi abandonada pelo pai e vive com a autora em condições precárias (*ibidem*).

O CEDAW determinou que o Estado Brasileiro indenizasse a família de Alyne e apresentou recomendações a serem adotadas no serviço público de saúde, para melhorias no atendimento de gestantes e evitar assim casos semelhantes, incluindo melhorias no sistema de saúde materna e ações para combater a discriminação contra mulheres pobres e negras no acesso aos serviços de saúde:

1. Em relação à autora e à família da Sra. da Silva Pimentel Teixeira: Fornecer reparação apropriada, incluindo compensação financeira adequada, à autora e à filha da Sra. da Silva Pimentel Teixeira, proporcional à gravidade das violações contra ela; 2. Geral: (a) Garantir o direito das mulheres à maternidade segura e acesso acessível para todas as mulheres a cuidados obstétricos de emergência adequados, em linha com a recomendação geral n.º 24 (1999) sobre mulheres e saúde; (b) Fornecer

treinamento profissional adequado para profissionais de saúde, especialmente sobre os direitos de saúde reprodutiva das mulheres, incluindo tratamento médico de qualidade durante a gravidez e o parto, bem como cuidados obstétricos de emergência oportunos; 11-51699 21 CEDAW/C/49/D/17/2008 (c) Garantir o acesso a recursos eficazes em casos em que os direitos de saúde reprodutiva das mulheres tenham sido violados e fornecer treinamento para o judiciário e para o pessoal responsável pela aplicação da lei; (d) Garantir que as unidades de saúde privadas cumpram com os padrões nacionais e internacionais relevantes sobre cuidados de saúde reprodutiva; (e) Garantir que sanções adequadas sejam impostas a profissionais de saúde que violem os direitos de saúde reprodutiva das mulheres; (f) Reduzir as mortes maternas evitáveis por meio da implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna em níveis estaduais e municipais, inclusive estabelecendo comitês de mortalidade materna onde eles ainda não existam, em linha com as recomendações em suas observações finais para o Brasil, adotadas em 15 de agosto de 2007 (*ibidem*).

Por si só, o caso já denota grande significância para o país, mas tornou-se emblemático por ter sido a primeira vez na história mundial dos Direitos Humanos que o Comitê da CEDAW responsabiliza um Estado pela morte de uma mulher por falhas no sistema de saúde materna, transformando assim Alyne em um símbolo pela luta dos direitos reprodutivos e pela igualdade de raça e gênero. Com o apoio em rede das organizações Crioula, Fundo Baobá, Oxfam Brasil e British Embassy Brasília, foi criada a Organização Alyne - Em defesa das mulheres negras, pela plataforma <https://alyne.org.br/>.

(...) é grave a violação dos direitos humanos das mulheres, que as afeta e a suas famílias em todas as regiões e culturas, e que é acentuada por fatores como pobreza, gênero, desigualdade, idade e múltiplas formas de discriminação, bem como fatores como a falta de acesso a instalações e tecnologias de saúde adequadas e a infraestrutura (Goes, 2022, n.p).

Logo, verifica-se que há muitos casos em que a morbidade e mortalidade maternas são evitáveis, e são indicadores sobre a importância e valorização dada a vida e qualidade na saúde de mulheres.

4.1 NO MUNDO

Dentre as maiores causas de mortalidade materna, segundo a Fiocruz, estão hemorragia (sangramento grave, principalmente após o parto), hipertensão arterial durante a gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), infecções (geralmente após o parto), complicações

do parto, aborto inseguro, e condições subjacentes como HIV/AIDS e malária; todas causas amplamente evitáveis e tratáveis com acesso a cuidados de saúde respeitosos e de alta qualidade (FIOCRUZ, 2023, n.p).

De acordo com o Relatório Tendências na Mortalidade Materna 2000 a 2020, das agências das Nações Unidas, verificou-se que a cada dois minutos, uma mulher morre durante a gravidez ou o parto, configurando-se um cenário alarmante em todas as regiões do mundo, principalmente nas áreas mais pobres ou em países afetados por conflitos. O documento apresenta dados de rastreamento de mortes maternas a nível nacional, regional e global, entre os anos de 2000 a 2020, tendo como estimativa que 287.000 mortes maternas em todo o mundo em 2020 (*ibidem*).

De 2016 a 2020, na Europa e na América (Norte, Latina e Caribe), a taxa de mortalidade materna aumentou 17% e 15%, respectivamente. Em outros lugares a taxa estagnou. Já na Austrália, Nova Zelândia e Ásia Central e Meridional, houve progressos, declínios significativos das taxas de mortalidade materna, em 35% e 16%, respectivamente, no mesmo período, assim como em 31 países no mundo. O Relatório constatou que o subfinanciamento dos sistemas de Atenção Primária à Saúde, a falta de profissionais de saúde treinados e as fracas cadeias de suprimentos de produtos médicos contribuem para esta situação (*ibidem*).

A Atenção Primária à Saúde é um processo inicial indispensável à saúde da gestante e do feto. Centrada na comunidade, ela atende as necessidades básicas de mulheres, crianças e adolescentes, e permite o acesso equitativo a serviços críticos, partos e cuidados pré e pós-natais, vacinação infantil, nutrição e planejamento reprodutivo. Tem-se que, aproximadamente, um terço das mulheres não fazem quatro das oito consultas de pré-natal recomendadas ou recebem cuidados pós-natais essenciais, enquanto cerca de 270 milhões de mulheres não têm acesso a métodos modernos de planejamento reprodutivo, incluindo o poder de decidir sobre ter filhos ou não.

Verificou-se também que as desigualdade relacionadas à renda, educação, raça ou etnia aumentam ainda mais os riscos para as mulheres grávidas marginalizadas, que têm menos acesso a cuidados essenciais de maternidade, mas têm maior probabilidade de apresentar problemas de saúde subjacentes durante a gravidez. Bem como a pandemia da COVID-19 pode ter retardado ainda mais o progresso da saúde materna, haja vista que a infecção por COVID-19 podem aumentar os riscos durante a gravidez.

Considerando que o rápido atendimento e medicação pode parar o sangramento daquela gestante; após o parto, a infecção pode ser eliminada com boa higiene, e se os

primeiros sinais de infecção forem reconhecidos e tratados a tempo; a pré-eclâmpsia pode ser evitada com identificação e tratamento adequado antes do início das convulsões e outras complicações; o Relatório então concluiu que há uma nítida desigualdade no acesso à saúde de ricos e pobre (e em áreas remotas), sendo vital para também evitar as mortes maternas, a prevenção da gravidez indesejada, com o oferecimento de acesso a todos os métodos contraceptivos, serviços de aborto seguro (previstos em lei) e atendimento pós-aborto de qualidade.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) alerta sobre este problema global gravíssimo de mortes maternas evitáveis, que ocorrem, principalmente em países de baixa renda:

A mortalidade materna é inaceitavelmente alta. Todos os dias, cerca de 830 mulheres morrem em todo o mundo por complicações relacionadas à gravidez ou parto. Em 2015, foram estimadas 303 mil mortes de mulheres durante ou após a gravidez e o parto. Desde 1990, vários países subsaarianos reduziram a sua mortalidade materna para metade. Noutras regiões, como a Ásia e o Norte de África, o progresso foi ainda maior. Entre 1990 e 2015, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) global (ou seja, o número de mortes maternas por 100 mil nascidos-vivos) diminuiu apenas 2,3% ao ano. Contudo, a partir do ano 2000, observou-se uma aceleração desta redução. Em alguns países, as reduções anuais na mortalidade materna entre 2000 e 2010 ultrapassaram os 5,5% (OPAS, [s.d], n.p).

Para a ela, dentre os principais fatores que motivaram estas mortes maternas globais estão: (i) todos os dias, aproximadamente 830 mulheres morrem de causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto em todo o mundo; (ii) 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento; (iii) a mortalidade materna é mais elevada entre as mulheres que vivem em áreas rurais e comunidades mais pobres; (iv) comparadas a outras mulheres, as adolescentes enfrentam maior risco de complicações e morte em decorrência da gravidez; (v) os cuidados antes, durante e após o parto podem salvar a vida das mulheres e dos recém-nascidos; (vi) entre 1990 e 2015, a mortalidade materna no mundo diminuiu 44% (*ibidem*).

À vista disso, em 8 de março de 2023, a OPAS, juntamente com outras agências e parceiros das Nações Unidas, lançou uma campanha para incentivar os países da América Latina e do Caribe a reduzir a mortalidade materna, que aumentou em 15% entre 2016 e 2020.

Entre 2016 e 2030, como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta é reduzir a taxa global de mortalidade materna para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos (OMS, [s.d], n.p).

4.2 NO BRASIL

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Razão de Morte Materna (RMM) nos 38 países integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), cujo Brasil também faz parte, chega-se ao patamar de 7 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Sendo que, no Brasil, onde 98% dos partos são realizados em ambiente hospitalar, esta razão é 10 vezes maior.

Com o apoio da Beneficência Portuguesa de São Paulo, em 18 de janeiro de 2024, o Ministério da Saúde divulgou o relatório sobre mortalidade materna de mulheres negras, através de artigos científicos de autoras especializadas no tema e recomendações para o combate aos índices de mortalidade e racismo no contexto da saúde, além de dados preliminares da pesquisa “Nascer no Brasil II”: Inquérito Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento - um estudo realizado em parceria com a Fiocruz, a partir dos dados disponibilizados pelo SUS, bem como a apresentação de uma linha do tempo que remota à história das políticas de saúde negra no Brasil.

O documento é fruto da 1ª Oficina sobre a morte materna de mulheres negras no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), realizada em novembro de 2023 pelo Ministério da Saúde, em Brasília. Os artigos têm como enfoque os seguintes temas:

(...) impactos da iniquidade racial nos índices de mortalidade materna; características sociodemográficas e obstétricas da população negra usuária do SUS; equidade, determinação social e a mortalidade materna; atenção ao pré-natal e ao parto; morbidade materna grave e “near miss materno” (conceito que define a ‘mulher que quase morreu’, mas sobreviveu a complicações graves durante a gravidez ou parto)

Em um dos artigos deste Relatório, intitulado “Atenção ao pré-natal e ao parto entre mulheres negras: assistência pré-natal no Brasil”, baseando-se nas desigualdade na atenção pré-natal de adolescentes, constatou-se que quanto mais escura a pele, piores são os resultados:

O pré-natal foi inadequado para 68% das adolescentes pretas contra 58% das brancas; 45% das pretas contra 37% das brancas não foram orientadas sobre a maternidade à qual deveriam se dirigir para o parto. Na maternidade, 34% das pretas não tiveram acompanhante o tempo todo, contra 19% das brancas; a satisfação com o parto refletiu um pouco essa diferença, avaliando a assistência como excelente 46% das pretas e 53% das brancas, e como regular ou ruim 12% das pretas e 9% das brancas (Brasil, 2023, p. 30)

Ainda no mesmo artigo, mas subtítulo “assistência ao parto no Brasil”, revela-se que a morbimortalidade materna elevada sinaliza falhas na atenção obstétrica ofertada desde o pré-natal até o parto:

Muito embora tenham sido alcançadas coberturas universais de pré-natal e assistência hospitalar ao parto, estudos têm mostrado falhas na qualidade da assistência prestada, contribuindo para esses desfechos negativos, tanto em relação à saúde materna quanto do recém-nascido. Em consonância com resultados observados em outros países, que apontam para níveis de mortalidade materna expressivamente mais elevadas em mulheres de minorias étnico-raciais, a razão de mortalidade materna é duas vezes e meia maior em mulheres pretas do que em brancas no Brasil (Leal *et al.*, 2017, n.p).

Falhas na assistência à saúde da população negra também podem estar relacionadas ao abortamento, mais comum entre mulheres negras, que também encontram mais barreiras no acesso aos cuidados pós-aborto (Brasil, p. 30, 2023).

Nesta mesma concepção, o artigo “Morbidade materna grave e near miss materno na população negra brasileira” destaca os resultados sobre a Morbidade Materna Grave (MMG) mais incidente em mulheres pretas, maiores de 35 anos e em vulnerabilidade social:

Há uma evidente desvantagem das mulheres negras e seus RN (recém-nascido) em relação aos indicadores de saúde aqui analisados, tanto nos resultados do atendimento hospitalar ao parto quanto ao parto. A regressão logística mostra que a maior chance de viver um episódio de MMG ocorre em mulheres com vulnerabilidade social (baixa escolaridade, mães chefes de família), de cor preta e com mais de 35 anos de idade. Quanto ao local onde essas mulheres se encontram, é principalmente no Norte, Nordeste e Sudeste, em regiões metropolitanas e em hospitais públicos próprios do SUS de grande porte (Brasil, 2023, p. 45)

Quanto ao tipo de parto, as mulheres pretas e pardas realizam mais parto vaginal - do que cesariana -, em relação às brancas, em decorrência de serem mais usuárias

dos serviços públicos, bem como tem mais início de trabalho de parto espontâneo. Além disso, as pretas e pardas foram mais atendidas por enfermeiras brancas, como um “provável reflexo dos serviços públicos em relação aos mistos”. Ainda sobre o Relatório e as “Características sociodemográficas e obstétricas da população negra usuária do SUS no Brasil”, verificou-se que as mulheres pretas são maioria na hospitalização por aborto, na baixa escolaridade, na ausência de trabalho remunerado, na ausência de companheiro, na hipertensão crônica e histórico de pré-eclâmpsia:

A tabela 2 aborda o motivo da internação obstétrica para as mulheres segundo a cor da pele autodeclarada e verifica-se que as de cor preta se hospitalizam mais por aborto do que as pardas e brancas, bem como, junto com as pardas, têm maior frequência de gestantes adolescentes, enquanto as brancas são mais velhas (35 anos e mais). A baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) e a ausência de trabalho remunerado foram maiores nas pardas e pretas do que nas brancas, mas, a situação conjugal de estar sozinha, sem companheiro, foi mais frequente nas pretas. Quanto aos antecedentes obstétricos, as mulheres pretas e pardas têm maior paridade e as pretas, maior frequência de hipertensão crônica e história de pré-eclâmpsia, enquanto as brancas têm mais cesarianas e diabetes gestacional (Brasil, p. 25, 2023).

No artigo “Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa” publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva, sobre a assistência ao parto, verificou-se que é neste momento que há maior dissonância dos dados com as diretrizes:

Na assistência ao parto, elas encontraram mais dificuldades quando procuraram atendimento no primeiro serviço de saúde, esperaram mais tempo para serem atendidas, foram as que menos tiveram acompanhantes na hora do parto e tiveram mais partos normais. Embora nem todos esses dados indiquem piores condições (por exemplo, serem usuárias do SUS, ou proporção maior de partos normais), é importante a constatação de que há diferenciais por raça/cor na assistência. Proporção menor com o número de consultas preconizado pode ser reflexo da desigualdade sócio-econômica; proporção menor com informações sobre parto normal e local de parto pode refletir rotinas dos serviços e não sinais de discriminação, assim como a peregrinação e maior tempo de espera. Todavia, a maior dissonância dos dados com as diretrizes encontra-se na assistência ao parto (Theophilo *et al.*, 2018, p. 8).

Este cenário só reforça a questão crítica e urgente da mortalidade materna de mulheres negras no Brasil, que são as maiores vítimas afetadas, e essa desproporção se

apresenta devido a uma combinação de fatores, incluindo racismo institucional, desigualdade socioeconômica e acesso limitado a cuidados de saúde de qualidade.

5 POLÍTICAS, DIRETRIZES E NORMATIVAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E OUTRAS LEGISLAÇÕES SOBRE DIREITOS DA GESTANTE

Dentre as políticas e legislações que versam sobre os direitos das gestantes no Brasil, encontramos uma imensidão de orientações, procedimentos, regras, punições, tanto focadas na gestante quanto em sua equipe médica. Algumas delas serão trazidas para destaque, como a promoção de diversas campanhas de conscientização sobre violência obstétrica, promovidas pelo Ministério da Saúde, além de orientar profissionais de saúde e a população sobre o direito a um atendimento humanizado, respeitoso e livre de violência obstétrica.

A exemplo, ressalta-se a campanha “ Racismo faz mal à saúde. Denuncie!”, lançada em 25 de novembro de 2014 como a primeira campanha publicitária que busca envolver usuários do SUS e profissionais de saúde no enfrentamento ao racismo institucional, visando a conscientizar a população de que a discriminação racial também se manifesta na saúde (Laboissière, 2014, n.p).

Essas legislações e normativas são parte do esforço para erradicar a violência obstétrica e garantir que todas as mulheres tenham acesso a um atendimento de qualidade durante a gestação, o pré e o pós-parto, respeitando seus direitos e dignidades.

Em 1979, após anos de esforços, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou e adotou o tratado internacional da Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, a CEDAW (Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women). O Brasil assinou a Convenção em 1981, após alterações, entrou em vigor em 1984, e esta foi revogada pelo Decreto nº 4.377/2002. Hoje, no Brasil, a Convenção possui o seguinte texto em seu artigo 12:

1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.

2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.

A Política de Humanização do Parto e Nascimento no âmbito do SUS, instituída pela Portaria GM/MS nº 569/2000, considera direitos inalienáveis da cidadania o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal, bem como preconiza em seu art. 2º os princípios e diretrizes para estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, responsabilizando as autoridades sanitárias no âmbito federal, estadual e municipal pela garantia dos direitos enunciados abaixo:

a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;

e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Anos depois, a Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005, instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no âmbito do SUS, a qual zela pelo desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde das gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, apresentando os seguintes direitos:

I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas (...);

III - toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas (...);

V - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

VI - toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal tem direito a atendimento adequado e seguro de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas (...);

VII - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nos incisos acima; e

VIII - toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05 (Lei do Acompanhante).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), após inclusão de redação dada pela Lei nº 14.737/2023, amplia o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados:

Art. 19-J. Em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, toda mulher tem o direito de fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, durante todo o período do atendimento, independentemente de notificação prévia.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será de livre indicação da paciente ou, nos casos em que ela esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, e estará obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

§ 2º No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do nível de consciência, caso a paciente não indique acompanhante, a unidade de saúde responsável pelo atendimento indicará pessoa para acompanhá-la, preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional para a paciente, que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

§ 2º-A Em caso de atendimento com sedação, a eventual renúncia da paciente ao direito previsto neste artigo deverá ser feita por escrito, após o esclarecimento dos seus direitos, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, assinada por ela e arquivada em seu prontuário.

A escolha do acompanhante é opcional da gestante, não necessariamente precisa possuir parentesco, podendo ser até um (a) amigo (a) de confiança. Neste ponto, a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC nº 36/2008, a qual dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, determina que a mãe e o bebê sejam cercados de atenção e cuidados, pelos serviços de saúde, na fase que antecede o trabalho de parto, durante o processo e após o nascimento da criança. A exemplo, seus artigos 3 e 9 regulam:

3.4 Humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça;

9.1 O Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Além disso, ainda temos como principais orientações desta RDC: a) o oferecimento de opções não medicamentosas para reduzir as dores do parto; b) a estimulação do aleitamento materno; c) a atenção à organização, formação de recursos humanos, infraestrutura física e equipamentos obrigatórios; a metragem dos postos de enfermagem, devendo estes possuir área mínima de 6,00 m² e capacidade para até 30 leitos; d) a possibilidade de haver salas de exames e curativos com área mínima de 7,50 m² e instalações de água, ar comprimido medicinal e elétrica de emergência; e) área para controle de entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes com área mínima de 5,00 m², entre outras orientações. Ressalta-se que o descumprimento das determinações da RDC nº36/2008 constitui infração sanitária, sujeita a processo e penalidades previstas na Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Com o objetivo principal de impedir que a gestante peregrine na busca de um local para o nascimento de seu filho, a Lei Federal nº 11.634/2007 dispõe sobre o seu direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. A Resolução Normativa nº 211/2010 da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), em seu artigo 19, sobre o Plano Hospitalar com Obstetrícia, em relação aos procedimento do pré-natal, assistência ao parto e puerpério, exige:

I - a cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:
a) pré-parto;

- b) parto;
 - c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;
 - II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto; e
 - III - opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou doação.
- §2º Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado.

O Ministério da Saúde, em 2011, estabeleceu a Rede Cegonha, através da Portaria nº 1.459, visando garantir os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, oferecendo uma assistência humanizada durante o pré-natal, parto e pós-parto, combatendo as práticas abusivas.

Em 2013, A Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - RN/ANS nº 338 de 21 de outubro de 2013, atualizou o rol de procedimentos e eventos em saúde, que versam sobre a assistência mínima dos planos privados de assistência à saúde e, em seu art. 3º, explicita os Princípios de Atenção à Saúde na Saúde Suplementar, que são:

Art. 30.º A atenção à saúde na saúde suplementar deverá observar os seguintes princípios:

- I - atenção multiprofissional;
- II - integralidade das ações respeitando a segmentação contratada;
- III - incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, bem como de estímulo ao parto normal;
- IV - uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde; e
- V - adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando o aumento de sua autonomia.

Parágrafo único. Os princípios estabelecidos neste artigo devem ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando-se as segmentações contratadas, visando à promoção da saúde, à prevenção de riscos e doenças, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação.

A Portaria nº 371/2014, a qual institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde, assegura o contato pele a pele mãe e bebê logo após o parto, o aleitamento materno na primeira hora e

o clampeamento do cordão umbilical (corte) após cessadas suas pulsações, quando as condições de saúde do bebê são adequadas. As diretrizes desta portaria buscam melhorar as condições de nascimento e garantir um início saudável de vida, fortalecendo o vínculo familiar e incentivando práticas benéficas para a saúde do recém-nascido e da mãe.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal de 2017, documento também publicado pelo Ministério da Saúde, visam promover a prática obstétrica baseada em evidências, centrada na mulher e no bebê, e orientada para o parto humanizado, refletindo um compromisso com a melhoria da qualidade do atendimento ao parto no Brasil, promovendo práticas seguras, humanizadas e que respeitem a autonomia da mulher. São elas: a) promoção do parto normal; b) respeito à autonomia e decisões da mulher; c) redução de intervenções desnecessárias; d) uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor; e) monitoramento individualizado do trabalho de parto; f) ambiente acolhedor e humanizado; g) incentivo à amamentação precoce; h) capacitação e formação dos profissionais de saúde.

Em 26 de junho de 2018, o Estado do Mato Grosso do Sul sancionou a Lei Estadual nº 5.217 a qual dispõe sobre a implementação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado, considerando violência obstétrica “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério”.

Apesar da violência obstétrica não ser explicitamente positivada no Código Penal, ela está prevista no Código de Ética Médica, na Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019, o qual apresenta logo em seu início o respeito ao ser humano em prol da saúde dos indivíduos e da coletividade, sem discriminações, conforme reforça o seu inciso VI do Capítulo I dos Princípios Fundamentais:

I - A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício, mesmo depois da morte. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativas contra sua dignidade e integridade.

Neste sentido o Capítulo III da Responsabilidade Profissional, prevê vedações e consequência punitiva aos médicos, sendo vedado a eles:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Assim como o Capítulo IV dos Direitos Humanos prescreve as seguintes redações:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto. Parágrafo único. O médico deve ter para com seus colegas respeito, consideração e solidariedade.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade. Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

Tem-se, da mesma forma, as vedações previstas no Capítulo V da Relação com Pacientes e Familiares, sendo uma delas igualmente com conexão à violência obstétrica:

Art. 36. Abandonar o paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique

previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder.

Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 40. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

Neste mesmo sentido, o Código de Ética da Enfermagem prevê o respeito ao pudor, privacidade e intimidade do ser humano, bem como os seguintes deveres:

Art. 17 - Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem.

Art. 18 - Respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar.

Art. 20 - Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento.

Art. 21 - Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.

Bem como algumas proibições em recorte:

Art. 8º - Promover e ser conivente com a injúria, calúnia e difamação de membro da equipe de enfermagem, equipe de saúde e de trabalhadores de outras áreas, de organizações da categoria ou instituições.

Art. 9º - Praticar e/ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato, que infrinja postulados éticos e legais.

Art. 34 - Provocar, cooperar, ser conivente ou omissa com qualquer forma de violência.

Assim, apesar do art. 5º da Constituição Federal prever em seu inciso XIII, o direito ao livre exercício profissional, este direito é uma norma de eficácia contida, uma vez que, para exercer a profissão almejada, é necessário atender às qualificações profissionais legais específicas que ela exige. Isto significa que, apesar de não haver previsão legal sobre violência obstétrica no nosso Código Penal, para não haver

impunidade, injustiça e insegurança jurídica, os profissionais de saúde médica e de enfermagem, por exemplo, poderão receber punição por violação ao Código de Ética Médica (pelo Conselho Regional de Medicina - CRM) e de Enfermagem (pelo Conselho Regional de Enfermagem - Coren), conforme explicitados. Como consequência poderá ser aberto processo ético disciplinar (administrativo e jurídico) contra o profissional tendo, ao final, possível condenação com advertência, suspensão ou até cassação profissional, respondendo civil e/ou criminalmente por esta infração antiética.

Na nossa Constituição Federal de 1988, ressalta-se seu art. 5º, inciso XVIII trata sobre o direito à licença da gestante de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário; o art. 6º, em seu “caput”, o qual apresenta o direito social a proteção à maternidade; o art. 196, o qual estabelece que o direito à saúde a todos e dever do Estado, garantindo políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e agravos, e acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde; o art. 201 que versa sobre a previdência social para a proteção à maternidade, especial à gestante; a vedação da dispensa arbitrária ou sem justa causa da empregada gestante, desde a confirmação da gravidez até 5 meses após o parto, no art. 10, inciso II, alínea “b” do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

Vale ressaltar que o artigos 1º, III e 196 asseguram o direito à dignidade da pessoa humano e à saúde, como princípios fundamentais na prevenção de qualquer forma de violência, incluindo a obstétrica, que segue:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Além disso ressalta-se que o Brasil é signatário da Declaração Universal dos Direitos Humanos e da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, as quais reconhecem a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio da promulgação da nossa própria Carta Magna, a qual também efetivou os princípios de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, igualitário e integral como um conjunto de ações e serviços capazes de assegurar a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

No tocante à doulagem, em 2019, o Mato Grosso do Sul instituiu a Lei Estadual nº 5.440, de 18 de novembro de 2019, a qual dispõe sobre a obrigatoriedade da

presença de Doulas durante todo o período de trabalho de parto, durante o parto e no pós-parto, ao considerar este serviço como parte da atenção multidisciplinar à pessoa no ciclo gravídico puerperal. Considera-se atividades de doulagem, o previsto no art. 2º da referida Lei:

I - incentivar e facilitar a pessoa no ciclo gravídico puerperal a buscar as informações sobre gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto baseadas em evidências científicas atualizadas;

II - facilitar a pessoa grávida a assumir a posição que mais lhe agrade durante o trabalho de parto;

III - informar à pessoa grávida sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor;

IV - favorecer a manutenção de um ambiente tranquilo, acolhedor e com privacidade para a pessoa grávida;

V - auxiliar a pessoa grávida a utilizar técnicas de respiração e vocalização para maior tranquilidade da mesma;

VI - utilizar massagens, banhos mornos e compressas mornas para alívio da dor;

VII - estimular a participação de acompanhante da escolha da pessoa grávida em todo o processo do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; e

VIII - apoiar a pessoa grávida em todo o trabalho de parto e parto, incluindo a possibilidade da liberdade de escolha quanto à posição que ela queira adotar na hora do parto.

Justamente por apresentarem diversos resultados positivos através deste tratamento mais humanizado e atencioso, como o aumento do número de partos vaginais espontâneos, a redução do número de cesáreas, a redução da necessidade de analgesia e anestesia, a experiência de parto mais positiva e satisfatória, e a redução de quadros de depressão pós-parto, que muitas gestantes acabam optando por este serviço.

Vários estados brasileiros, órgãos e entidades do Sistema de Justiça - como Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Ordem dos Advogados do Brasil - já reconhecem, autorizam ou até obrigam a presença da doula no momento de parto e no pós-parto, tanto em hospitais públicos quanto em privados. E, para melhor regulamentação dele, o Projeto de Lei nº 3.946 de 2021 que regula o exercício nacional da profissão de doula, segue em andamento e tendo apoio do Ministério da Saúde, e prevê em seu texto, como uma das justificativas:

O suporte fornecido pela doula por meio de informações, de diálogo e orientações pode promover o desenvolvimento de um trabalho de parto tranquilo, uma vez que as dúvidas e os medos da pessoa grávida podem ser mais facilmente entendidos e superados quando compartilhados com uma pessoa de confiança e preparada para essa escuta e acolhimento. Além disso, a atuação das doulas visa a promover o conforto materno, mediante o emprego de técnicas não farmacológicas que ajudam a aliviar as dores e favorecer o trabalho de parto (p. 4).

Separadamente, os Estados Brasileiros também elaboram suas próprias legislações estaduais. Como a Lei Ordinária nº 9135, de 14 de dezembro de 2020, a qual dispõe sobre a obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada, do Estado do Rio de Janeiro, em permitir a presença de doulas durante o período de trabalho de parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente.

O Estado de Santa Catarina, por exemplo, por meio de sua Lei nº 18.322 de 5 de janeiro de 2022, apresenta em seu capítulo V "Da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica", considerando, em seu artigo 34, a violência obstétrica como "todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério", além de positivar um rol de tipos de ofensas verbais e físicas em seu artigo 35, conforme seguem:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII – promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;

XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;

XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;

XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;

XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;

XVII – submeter a mulher e/ou o bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;

XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

E em seu artigo 36 impõe ao Poder Executivo, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde, a elaboração de uma Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando a todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica.

5.1 O MINISTÉRIO DA SAÚDE E A VIOLÊNCIA CONTRA A GESTANTE NEGRA

A violência obstétrica contra mulheres negras é uma questão crítica que se insere no contexto mais amplo de racismo institucional no Brasil. O Ministério da Saúde reconhece que as mulheres negras estão em uma posição de maior vulnerabilidade, enfrentando, além da violência obstétrica, formas interseccionais de discriminação e racismo. Ademais, considera o racismo estrutural como um dos fatores que agravam a violência obstétrica contra mulheres negras, reconhecimento este que contribui para a criação de políticas públicas que abordem não apenas a violência obstétrica, mas também as disparidades de acesso e qualidade do atendimento à saúde.

Além disso, por meio de suas diretrizes e políticas, ele incentiva a capacitação contínua de profissionais de saúde para que eles reconheçam e combatam o racismo e a discriminação racial no atendimento, bem como se compromete a coletar e divulgar dados sobre a mortalidade materna e violência obstétrica na saúde das mulheres negras e desenvolvimento de estratégias eficazes de intervenção. Dados do Ministério da Saúde demonstram que a realidade da gestante negra é bem diferente da gestante branca:

Dados do Ministério da Saúde indicam que uma mulher negra recebe menos tempo de atendimento médico do que uma mulher branca. Os números mostram que, enquanto 46,2% das mulheres brancas tiveram acompanhante no parto, apenas 27% das negras utilizaram esse direito. Outro levantamento revela que 77,7% das mulheres brancas foram orientadas sobre a importância do aleitamento materno, enquanto 62,5% das mulheres negras receberam essa informação. Segundo a pasta, as taxas de mortalidade materna infantil entre a população negra são superiores às registradas entre mulheres e crianças brancas. Os números mostram que 60% das mortes maternas ocorrem entre mulheres negras e 34% entre mulheres brancas. Já na primeira semana de vida, a maioria das mortes é registrada entre crianças negras (47%) entre as brancas, o índice é 36% (Laboissière, 2014, n.p).

A violência obstétrica racial se dá pela criação do estereótipo de que mulheres negras são mais fortes, têm quadris mais largos e aguentam qualquer pressão - ou pequena agressão. Por conta disso, há muita falta de atenção, carinho, afeto, faltas técnicas como anestésias, muita impaciência advinda dos profissionais, entre outras ausências e erros (Camargo, 2022, p. 16).

Do período colonial ao republicano democrático, a sociedade brasileira passou por diversas evoluções, umas mais velozes que outras. Os avanços relativos às mulheres negras ainda deixam a desejar, principalmente no que se refere a violações de direitos.

Em 2005, em sua tese de doutorado, Sueli Carneiro enfatiza a alta incidência de miomas em mulheres negras, de maneira desproporcional:

Outra dimensão em que o descaso em relação à saúde da população negra se revela, em especial sobre as mulheres negras, está na ausência de reconhecimento ao tema das miomatoses que atingem de maneira desproporcional as mulheres negras. (...) Segundo Oliveira, há tanto evidências incontestáveis de que as mulheres negras portam uma predisposição biológica maior para desenvolver os miomas uterinos, quanto o fato de que a atenção médica aos miomas uterinos é diferenciado para a mulher branca e a mulher negra, como é diferenciado para a mulher pobre e a mulher rica. Oliveira (1998), em sua obra *Oficinas Mulher Negra e Saúde* informa que: a maior incidência dos miomas em determinados grupos raciais/étnicos, coloca-os na categoria das doenças raciais/étnicas. A grande ocorrência de casos de miomas em uma mesma família, classifica-os como uma doença familiar. Estes são indícios fortes que parecem indicar que a origem dos miomas é genética, provavelmente uma condição poligênica; há estudos que demonstram que é alta incidência de miomas em mulheres negras: segundo literatura médica norte-americana, a prevalência de miomas em mulheres negras é cinco vezes maior que nas brancas; que é duas vezes superior nas mulheres brancas judias do leste europeu que nas demais brancas e que várias pesquisas demonstraram alta incidência de miomas em mulheres negras; e que alguns estudos indicam que a obesidade e as pílulas anticoncepcionais com altas doses de estrógenos estimulam o aparecimento e o crescimento dos miomas. Os dados dos Estados Unidos sobre o tema indicam que as negras desenvolvem cinco vezes mais miomas que as brancas, e são corroborados pelas pesquisas realizadas por Vera Cristina de Souza para o Brasil. Considerando que as mulheres negras têm maior dificuldade de fazer o diagnóstico do que as mulheres brancas, o problema alcança dimensões assustadoras (Oliveira, 1998, n.p. *apud* Carneiro, 2005, p. 84-86).

Já uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo, em 1995, por Vera Cristina de Souza, em um serviço público, revelou esta mesma prevalência e reincidência de miomas em mulheres negras, sendo 41,6% para as negras contra 22,9% para as brancas; e 21,9% para as negras contra 6% para as brancas, respectivamente. Bem como a alta

incidência de histerectomias (remoção do útero), no qual 15,8% são mulheres negras contra 3,6% das mulheres brancas que realizaram o procedimento (Souza, 1995, n.p. *apud* Oliveira, 1998, n.p).

Além disso, outro estudo de Souza evidencia o desconhecimento das mulheres negras e brancas sobre a miomatose (tumores benignos), suas causas, evolução e tipos de tratamento, todavia a incidência maior de histerectomia nas negras:

Isto é, as mulheres negras quando portadoras de miomas em geral perdem seus úteros, o que significa que negra com mioma, na prática, poderá ter no horizonte a certeza de perder, muitas vezes desnecessariamente, a possibilidade de reprodução (*ibidem*).

Isto significa que, diretamente, a raça e classe social interferem na qualidade e bem-estar da saúde das populações, notoriamente as maiores prejudicadas são as mulheres negras.

Para além disto, no Brasil é aborto é criminalizado pelo Código Penal, em seu artigo 124 e seguintes, salvaguardando casos em que não há outro meio de salvar a vida da gestante (aborto necessário) e quando a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (aborto no caso de gravidez resultante de estupro). Sendo previsto no mesmo capítulo nos quais se encontram os crimes de homicídio, feminicídio e infanticídio.

À vista disto, Djamila Ribeiro (2018) questiona as desigualdades enfrentadas pelas gestantes, principalmente, no tocante ao abandono afetivo paterno - o qual não é questionado. Em especial, às gestantes negras, as quais, em sua maioria, pertence à classe baixa e à elas é de fato cumprida a lei e impossibilitadas de ter acesso ao aborto seguro, diferente das mulheres brancas, há um racismo obstétrico também quanto ao aborto. Mesmo sendo crimes, mulheres brasileiras abortam.

Abordando uma fato criminoso ocorrido no bairro de Higienópolis, em São Paulo, sobre uma mãe negra que abandonou sua filha na rua após passar pelo parto sozinha, no quarto de empregada do apartamento onde trabalhava, sem contar aos patrões por medo de ser demitida, já que já era mãe de uma menina de três anos, Djamila Ribeiro não defendeu o abandono, mas nos colocou para reflexão a partir da perspectiva anterior do abandono da própria mãe, de 37 anos e empregada doméstica:

As pessoas que julgam e apedrejam essa mulher nem sequer se questionam sobre a violência à qual foi submetida. Imagino o que ela

sentiu durante a gestação, com medo de ser descoberta. Imagino a angústia e a solidão ao dar à luz sozinha. Questiono a ausência do pai nessa situação. Ele também não deve ser responsabilizado pelo abandono? (...) Num país machista que impõe a maternidade como destino às mulheres, é necessário pensar para além do senso comum. O aborto é criminalizado, o Estado não permite que mulheres tenham autonomia sobre seus corpos. Porém, segundo diversas pesquisas, é sabido que muitas mulheres abortam. A criminalização determina quais delas vão morrer. Quais delas terão que passar pelo desespero de abandonar seus filhos por medo de perder o emprego. Mulheres de classe privilegiada pagam por procedimentos seguros, enquanto as pobres, em sua maioria negras, ou ficam com danos graves à saúde e morrem ou são vítimas do desespero. É necessário debater a omissão e a ilegalidade do Estado. Se essa mulher escondeu a gravidez por medo de ser demitida é porque, provavelmente, os patrões já deviam ter dito isso a ela (...). Quem se responsabiliza pelo desespero dessa mulher? Sim, ela abandonou a filha, mas já havia sido abandonada muito antes pelo pai da criança, pelo Estado e por uma sociedade cruel e hipócrita (Ribeiro, 2018, p. 86).

Ressalta-se que esta cobrança de escolher entre “ser criminosa” e “ter o filho nas atuais condições” não está na lista de preocupações masculinas. Geralmente, o que temos no país são pais que abandonam suas parcerias quando gestando ou após o nascimento, desaparecendo, realizando “visitas” superficiais ou, simplesmente, ignorando a presença de seus filhos.

O Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres, “Violência Obstétrica: Parirás com dor” destaca frases que são repetidamente relatadas por mulheres que deram a luz em várias cidades do Brasil como: “Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”/“Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.”/“Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”/“Na hora de fazer, você gostou, né?”/“Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha” (Dossiê, 2012, p. 2).

Em 2009 foi instituída a Política Nacional de Saúde integral da População Negra (PNSIPN), a qual reconhece as desigualdades raciais na saúde e estabelece diretrizes para a promoção da equidade, buscando garantir um atendimento que respeite as especificidades da população negra, combatendo práticas discriminatórias e promovendo a humanização do parto e nascimento. Nela, o Ministério da Saúde relata sobre as desigualdades e singularidades envolvendo a saúde da população negra no Brasil:

No caso da saúde, a redução das desigualdades sociais é um dos objetivos do Pacto pela Saúde, que considera como causas determinantes e

condicionantes de saúde: modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros. Nesse sentido, podemos afirmar que o racismo é o principal determinante social em saúde para população negra, já que incide negativamente sobre todos esses fatores que compõem o conceito de saúde. O Ministério da Saúde compreende a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência – e reconhece que o racismo vivenciado pela população negra incide negativamente nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde, já que a boa qualidade da saúde gera condições para a inserção dos sujeitos nas diferentes esferas da sociedade de maneira digna, promovendo sua autonomia e cidadania (Brasil, 2017, n.p).

A PNSIPN foi criada para responder às desigualdades de saúde que a população negra enfrenta, e reconhecer que as suas condições de vida são resultado de processos sociais, culturais e econômicos injustos. A política está baseada em princípios constitucionais como a cidadania, a dignidade da pessoa humana, a igualdade e o repúdio ao racismo:

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

No entanto, quinze anos depois de sua instituição, ela ainda não foi implementada na totalidade dos municípios brasileiros (Passos; Lacerda, 2024). Em 2019, menos de 30% das cidades brasileiras tinham colocado em prática aspectos da política. Um dos desafios para a implementação da PNSIPN é a falta de priorização e/ou desconhecimento por parte dos gestores.

Segundo o Ministério da Saúde, através da 3ª edição do “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS” (Brasil, 2017), outros avanços voltados à saúde da população negra podem ser destacados como:

a) Plano Juventude Viva – Prevê ações de prevenção para reduzir a vulnerabilidade de jovens negros a situações de violência física e simbólica;

b) Curso de ensino a distância sobre saúde da população negra promovido pelo MS e Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), lançada em 27 de outubro de 2014);

c) Comitê Técnico de Saúde da População Negra – Instituído no âmbito do Ministério da Saúde, é um espaço consultivo de participação e controle social, com representantes da gestão, pesquisadores e movimentos negros;

d) Publicação da Portaria no 344, de 1º de fevereiro de 2017, que padroniza e torna obrigatória a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor do paciente em todos os sistemas de informação do SUS, conforme a classificação do IBGE, que define cinco categorias autodeclaradas: branca, preta, amarela, parda e indígena;

e) Publicação, em 30 de março de 2017, do III Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Resolução no 16, de 30 de março de 2017). O III Plano Operativo foi pactuado e aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – foro permanente de negociação e articulação das esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Com vigência para o triênio 2017- 2019, o III Plano Operativo estabelece ações de implementação da referida política para as gestões federal, estadual e municipal do SUS;

f) Publicação da Portaria no 142, de 21 de julho de 2017, que institui o Grupo de Trabalho de Políticas Públicas da Igualdade Racial e dá outras providências. Conforme o art. 1º, fica instituído o Grupo de Trabalho de Políticas Públicas da Igualdade Racial com a finalidade de explanar aos órgãos e às entidades governamentais e não governamentais dos estados e municípios as ações de promoção da igualdade racial das políticas públicas federais, assim como de propor metas e prioridades aplicáveis à realidade local.

Há críticas de que essas políticas não têm sido suficientemente eficazes em abordar as interseccionalidades de raça e gênero. Muitas encontram barreiras para sua efetiva implementação, como o despreparo de profissionais e a falta de fiscalização adequada para garantir um atendimento livre de discriminação.

5.2 PROGRAMAS DE ATENÇÃO À GESTANTE EM SITUAÇÃO DE RUA

As pessoas em situação de rua são geralmente esquecidas, apagadas e excluídas dentro do processo de cidadania. Frequentemente recebemos informações de ações municipais que visam “limpar” os centros das cidades, afastando essas pessoas e as impossibilitando de acessar quaisquer direitos. Dentro deste lamentável cenário estão as mulheres negras gestantes, que não recebem orientações, mecanismos e materiais suficientes para evitar ou manter uma boa gestação. Há uma falta de sensibilidade e efetividade das políticas de saúde e assistência social, que muitas vezes não oferecem respostas específicas para suas necessidades, contribuindo para a perpetuação dessa exclusão, violência, abuso e exposição dessas pessoas a condições insalubres.

Propensas a sofrerem maior violência sexual, obstétrica e institucional pelas discriminações, descasos e maus-tratos no atendimento, elas possuem um acesso à saúde extremamente precário, ao se depararem com a inexistência ou insuficiência de um pré-natal, comprometendo, por exemplo, a detecção precoce de problemas gestacionais, a nutrição adequada e a garantia de um parto seguro. É muito comum que os bebês nasçam prematuros, com baixo peso e com alguma doença desenvolvida durante essa gestação, motivo pelo qual há uma maior taxa de mortalidade neonatal e infantil entre eles.

A falta de assistência social como ausência de rede de apoio institucional ou familiar, e de políticas públicas efetivas voltadas à ela, é uma das características mais comuns entre as gestantes em situação de rua, motivo pelo qual elas têm que enfrentar sozinhas o risco desta gravidez. Neste ponto, vale ressaltar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) a qual tem como premissa o direito à saúde e o respeito às diretrizes do SUS e dentre seus objetivos estão: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.

E como objetivos específicos prevê: 1. ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras de infecção pelo HIV e outras DST; 2.

estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento reprodutivo para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde; 3. promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes; 4. promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; 5. promover, conjuntamente com o Departamento nacional de DST/Aids, a prevenção e o controle das DSTs e infecção pelo HIV/Aids na população feminina; 6. promover a atenção à saúde das mulheres em situação de rua, negras, indígenas, idosas, trabalhadoras do campo e da cidade e em situação de prisão, entre outros objetivos.

Já o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) tem como objetivo geral: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, bem como os demais direitos legalmente constituídos; e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência da saúde integral da mulher em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça, etnia, geração, classe social, orientação sexual, mulheres com deficiência e mulheres em situação de rua.

O Brasil possui alguns programas voltados às mulheres gestante em situação de rua o que, diretamente, inclui sua maioria negra, tendo em vista que o levantamento feito pelo Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua, da Universidade Federal de Minas Gerais (OBPopRua/POLOS-UFGM), revelou que 300.868 pessoas vivem atualmente (2024) em situação de rua em todo o Brasil, e dessas, 69% das que estão registradas no CadÚnico são negras, 85% do sexo masculino e 15% do sexo feminino, pertencentes à faixa etária entre 18 e 59 anos (87% do total), sobrevivendo com até R\$ 109 por mês (85%) (Cruz, 2024).

Costumeiramente, tais programas são conduzidos por órgãos governamentais, Organizações Não Governamentais (ONGs) ou Organizações da Sociedade Civil (OSCs), instituições de Assistência Social, entre outros, como Casas de Apoio, o Programa Primeira Infância, e a própria Rede Cegonha, como política nacional realizada pelo Ministério da Saúde, a qual prioriza o acesso à saúde da população em maior vulnerabilidade social.

A exemplo, o Programa Mãe Paulistana: pertencente à Prefeitura de São Paulo, oferece assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, com atendimento humanizado, objetivando a redução da mortalidade materna e infantil na cidade. Como principais diretrizes do programa estão:

- a) inclusão da gestante no programa na fase inicial (até a 12ª semana de gravidez);
- b) garantia de sete ou mais consultas de pré-natal; realização de exames laboratoriais e ultrassonografia, testes rápidos para sífilis e HIV;
- c) pactuação de pré-natal de risco; transporte público gratuito (cartão SPTrans);
- d) visita antecipada à maternidade de referência para o parto, com grade de parto acessível;
- e) agendamento pela maternidade;
- f) garantia da consulta da puérpera e da primeira consulta do recém-nascido;
- g) bolsa e enxoval para o recém-nascido;
- h) estímulo ao aleitamento materno e vaga em creche para o bebê.

Em 2011, o Ministério da Saúde, por meio de sua Política Nacional de Atenção Básica, criou o Programa Consultório na Rua, de iniciativa do SUS, para “ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados”, como consultas médicas, acompanhamento pré-natal, vacinação e outros atendimentos essenciais. E, para garantir esse mínimo acesso, a equipe itinerante de profissionais de saúde vão até essas pessoas realizar alguns destes atendimentos. Essas equipes multifuncionais são compostas por: Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, Educador Físico e Profissional com formação em Arte e Educação.

A nível nacional, o Projeto Maternidade Segura é adotado em diferentes Estados, como parte dos Direitos Humanos e, em especial, os Direitos das Mulheres, através do credenciamento de instituições que promovam a assistência integral à saúde da mulher e da criança. O Projeto é uma aliança do Serviço de Assistência à Saúde Materno Infantil da Coordenação Materno-Infantil do Ministério da Saúde, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Fundo das Nações Unidas Para a Infância (UNICEF), Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e Fundo das Nações Unidas Para a População (FNUAP).

Através de um conjunto de critérios e procedimentos técnicos, o Projeto visa implantar oito passos para uma maternidade segura, otimizando a qualidade de assistência, as quais são:

1. Garantir informação sobre a saúde reprodutiva e direitos da mulher;
2. Garantir assistência durante a gravidez, parto e pós-parto e ao planejamento familiar;
3. Incentivar o parto normal e humanizado;
4. Ter rotinas escritas para normatizar a assistência;
5. Treinar toda equipe de saúde para implementar as rotinas;
6. Possuir estrutura adequada para atendimento ginecológico e obstétrico;
7. Possuir arquivo e sistema de informação;
8. Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal.

Diante desta conjuntura de extrema vulnerabilidade e falta de acesso a direitos, essas mulheres enfrentam uma das realidades mais desumanas dentro do contexto de exclusão social. A falta de moradia, o difícil acesso a serviços de saúde e a ausência de suporte social aumentam os riscos tanto para a gestante quanto para o bebê, configurando um cenário de extrema precariedade.

6 O ABORTO, O PROJETO DE LEI Nº 1904/2024, O ESTUPRO E A CRIMINALIZAÇÃO DAS VÍTIMAS

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), o Brasil tem cerca de 822 mil casos de estupro a cada ano, o equivalente a dois por minuto, sendo que apenas 8,5% chegam ao conhecimento da Polícia e 4,2% são identificados pelo Sistema de Saúde. O estudo se baseou em dados da Pesquisa Nacional da Saúde, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNS/IBGE), e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde, tendo 2019 como ano de referência (IPEA, 2023).

Paralelamente, de acordo com estudo publicado na revista *Ciência e Saúde Coletiva* da Abrasco, através de uma análise com perspectiva de raça da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), as mulheres negras são as mais vulneráveis ao aborto no Brasil, com uma probabilidade de 46% maior, em todas as idades, com relação às mulheres brancas, ou seja, para cada 10 mulheres brancas que fizeram aborto, haverá 15 mulheres negras (Tourinho, 2023).

Fazendo um paralelo com os Estados Unidos da América, e analisando um cenário mais profundo e histórico, Davis já relatava que o desejo das mulheres de controlar seu sistema reprodutivo é tão antigo quanto a própria história da humanidade. Além disso, ela destaca as diferentes motivações que levavam mulheres brancas e mulheres negras a

pleitearem o direito ao aborto, haja vista que as negras e latinas já haviam sido vítimas de um movimento de esterilização involuntária, compulsório, de movimentos brancos, uma forma racista de “controle de natalidade” - inclusive como pauta prioritária da Sociedade Eugenista de 1932, também aderida no Brasil - e, em decorrência disso, eram a favor do direito ao aborto, mas não movimentar na defesa pró-aborto à época:

Em Nova York, por exemplo, durante muitos anos que precederam a descriminalização do aborto no estado, cerca de 80% das mortes causadas por abortos ilegais envolviam mulheres negras e porto-riquenhas. Imediatamente depois da descriminalização, as mulheres de minorias étnicas receberam quase metade de todos os abortos legais. (As mulheres negras e latinas) eram a favor do *direito ao aborto*, o que não significava que fossem defensoras do aborto. Quando números tão grandes de mulheres negras e latinas recorrem a abortos, as histórias que relatam não são tanto sobre o desejo de ficar livres da gravidez, mas sobre as condições sociais miseráveis que as levam a desistir de trazer novas vidas ao mundo (Davis, 1981, p. 207).

Sobre isso, Jurema Werneck afirma que, em decorrência do Movimento Eugenista, o Brasil também criou sua Sociedade Eugênica e fomentou organizações que incentivavam a esterilização de populações socialmente oprimidas, como uma ação explícita de esterilização de negras, indígenas, asiáticas e pobres para “controle populacional”:

Essas organizações estiveram envolvidas aqui no Brasil, no fomento a criação de organizações que na época chamava (...) Centro de Pesquisa e Estudos de Populações que teve aqui no Rio de Janeiro e que faziam esterilização de mulheres aqui. (...) A Sociedade de Bem-estar Familiar desenvolveu estratégias para levar à esterilização no Brasil inteiro, nas comunidades pobres. Em Salvador, um médico que se tornou muito famoso, muito apoiado pela mídia, Coutinho, construiu um Centro de Referência que fazia esterilização de mulheres negras. Um grupo que se instalou em Campinas (...) desenvolveu o que era uma pesquisa de plantação de dispositivos hormonais debaixo da pele de mulheres e botou em mais de 4 mil mulheres particularmente no nordeste do Brasil, e depois quando essa pesquisa foi denunciada e condenada como antiética, eles simplesmente se afastaram e deixaram as mulheres com o implante no braço, e abandonaram as mulheres, sempre pobres e negras. Ou seja, essa estratégia foi bastante operativa. O Brasil chegou a ser campeão no mundo em esterilização de mulheres. (...) Não era uma política pública explícita, mas era autorizada, porque o sistema de saúde, o ministério de saúde, jamais interferiu naquilo que a sociedade de ginecologia e obstetrícia divulgava, e que essas organizações da sociedade civil, com o dinheiro de fora, faziam e fizeram. (...) Teve muito dinheiro, muito investimento para esterilização, eles não queriam só esterilizar mas criar

uma cultura de aceitação da esterilização como método anticoncepcional (Werneck, 2018, n.p).

A autora também relata um caso raro que houve de denúncia de esterilização compulsória ocorrida durante este período perverso:

Muitas mulheres da época se esterilizavam inclusive sem saber. Teve CPI na Assembleia Legislativa do RJ, CPI na Câmara Municipal do RJ também. E nessas CPIS se constatou que (...) uma mulher estava internada, foi ter o filho, era o quarto filho, no parto do quarto filho simplesmente esterilizaram ela sem sequer perguntar. (...) Esse caso veio a pública, porque a Sônia não era uma mulher pobre, ela estava, na verdade, parindo ali porque era amiga de um dos médico (...) e não contaram para ela que ela havia sido esterilizada (...) alguém que disse “Não essa daí foi laqueadura, pode deixar!”. Ela era uma mulher de formação universitária, arquiteta. (...) Ela só veio a público e teve coragem de denunciar porque era uma mulher de classe média, de alta escolaridade, que teve coragem, não temia tanto quanto as outras, denunciar publicamente a Maternidade, a Corporação Médica e tudo que vinha junto. (...) Se não tivesse havido luta, eles (eugenistas) teriam conseguido esterilizar o máximo de mulheres negras no Brasil (*ibidem*).

Além disso, Davis (1981) ressalta que as “mulheres negras têm induzido abortos desde os primeiros dias da escravidão. Muitas escravas se recusavam a trazer crianças a um mundo de trabalho forçado interminável, em que correntes, açoites e ao abuso sexual de mulheres eram as condições de vida cotidiana”. Como um movimento antinatural de destruir a sua prole:

Abortos e infanticídios eram atos de desespero, motivados não pelo processo biológico do nascimento, mas pelas condições opressoras da escravidão. A maioria dessas mulheres, sem dúvida, teria expressado seu ressentimento mais profundo caso alguém saudasse seus abortos como passo rumo à liberdade (Davis, 1981, p. 208)

Na França, também como um Estado Laico, a política e a religiosidade tradicionais/conservadoras também interfere nos debates sobre reprodução feminina:

A esquerda viu as mulheres como vítimas de injustiça social e cultural, impedindo a maternidade livre e consciente. Aos olhos dos católicos e das diferentes organizações de direita, as vítimas eram principalmente os fetos, identificados como bebês. De todo modo, a grande maioria dos políticos qualificava a interrupção da gravidez como um “drama”, uma “tragédia”, e era a maternidade que ocupava o centro das preocupações. Apenas algumas correntes laicas definiam o aborto como um direito civil,

isto é, como uma questão de liberdade individual sobre a qual o Estado não deveria interferir (Hirata *et al.*, 2009, p. 24).

De toda forma, as mulheres no Brasil abortam, independentemente de criminalização. O pacto da branquitude, que acolhe e acoberta o aborto em mulheres brancas, enquanto escancara, criminaliza e massacra quando advindo de mulheres negras, motivo pelo qual levam mulheres negras a buscarem “hospitais” clandestinos ou se submeterem métodos inseguros, como medicamentos e alimentos, na intenção de interromper a gravidez, mas que são extremamente prejudiciais e colocam em risco a vida desta mulher:

O aborto é um evento comum à vida das mulheres brasileiras. Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) 2021, aos 40 anos uma em cada sete mulheres já realizou pelo menos um aborto⁷. A magnitude do aborto, associada à legislação criminal proibitiva para o acesso, faz com que o aborto seja um problema de saúde pública no Brasil. (...) Indicadores como tempo para o início do atendimento ou acesso a um leito são racialmente diferenciados. As mulheres negras são também as que têm mais medo de represálias ao buscar os serviços de saúde e há evidências de maior prevalência entre elas. Não surpreende, portanto, que as mulheres negras tenham maior risco de óbito relacionado ao aborto. (...) Entre as mulheres negras de todas as idades a probabilidade de ter feito um aborto é de 11,03% ao passo que entre as mulheres brancas é de 7,55%, cálculo realizado com a combinação e reponderação das PNA (Diniz *et al.*, 2023, n.p).

Além disso, esta criminalização impede a própria prevenção do aborto, uma vez que não se discute o tema de maneira formal, séria e política. O artigo intitulado “Aborto e raça no Brasil, 2016 a 2021”, reforça que a criminalização restringe ou impede o acesso das mulheres ao sistema de saúde antes e depois do aborto, pelo medo de denúncias e represálias, o que favorece para o aumento da mortalidade materna entre mulheres negras. Neste ponto, Sueli Carneiro ressalta a urgência e importância do Estado Brasileiro não se omitir em relação ao debate sobre a descriminalização do aborto, principalmente no tocante a falas racistas de autoridades políticas:

A descriminalização do aborto, uma bandeira histórica do movimento feminista nacional, encontrou nova e perversa tradução de política pública na voz do governador do estado do Rio de Janeiro, Sérgio Cabral. O governador defende a legalização do aborto como forma de prevenção e contenção da violência, por considerar que a fertilidade das mulheres das favelas cariocas as torna “fábricas de produzir marginais”. Uma reivindicação histórica dos movimentos de efetivação dos direitos reprodutivos das mulheres e de reconhecimento do aborto como questão

de saúde pública sobre a qual o Estado não pode se omitir é pervertida em proposta de política pública eivada de ideologia eugenista destinada à interrupção do nascimento de seres humanos considerados potenciais marginais. No lugar do respeito ao direito das mulheres de decidir sobre a própria concepção, coloca-se como diferença radical de perspectiva a indução ao aborto, pelo Estado, como “linha auxiliar” no combate à violência (Cameiro, 2011, p. 122-123).

Recentemente, de forma retrógrada, o país discute o abortamento. No dia 17 de maio de 2024, foi apresentado o Projeto de Lei nº 1904, o qual equipara o aborto ao crime de homicídio, independentemente da idade da criança, adolescente ou mulher. O PL propõe elevar pena dos abortos já proibidos para até 20 anos de reclusão em gestação de 22 semanas, além de proibir a interrupção da gravidez de vítimas de estupro. Essas crianças, adolescentes e mulheres passariam por um processo criminal, podendo ou não serem condenadas a critério do (a) magistrado (a), criando uma lacuna subjetiva de insegurança jurídica ainda maior que a que já vivenciamos.

Este projeto foi estrategicamente proposto, tendo em vista que foi apoiado pela bancada evangélica e foi considerado de urgência, o que permitiu sua votação direta no plenário da Câmara. O texto acrescenta dois parágrafos e parágrafos únicos nos artigos 124, 125, 126 e 128 do Código Penal Brasileiro, os quais tratam especificamente sobre o aborto. Ocorre que a pena prevista para quem abortar será aplicada conforme o crime de homicídio simples, previsto no art. 121 do Código Penal, ou seja, de 6 a 20 anos de reclusão, pena máxima maior que a do crime de estupro, previsto no artigo 213 do mesmo Código, o qual prevê pena de reclusão de 6 a 10 anos, podendo chegar a 12 anos se a conduta resultar lesão corporal grave ou se a vítima for menor de 18 ou maior de 14 anos. Em outras palavras, a criança vítima de estupro que abortar antes de 22 semanas de gestação será considerada homicida e terá sua pena maior que a de seu próprio estuprador. Este projeto fere absurdamente os direitos sexuais e reprodutivos, a liberdade sexual e a própria Constituição Federal.

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2022 apontou que, ao longo da última década (2012 a 2021) dos 66.020 casos de estupro e estupro de vulneráveis notificados (com registro de boletim de ocorrência) além de haver um aumento de 4,2% em relação à última pesquisa, 75,5% das vítimas eram vulneráveis ou incapazes de consentir (por enfermidade, deficiência mental ou qualquer outra causa que não pode oferecer resistência), 61,3% tinham até 13 anos, 79,6% dos casos o autor era conhecido da vítima. Em termos de distribuição etária, o grupo de maior percentual é o de 10 a 13 anos, seguido

das crianças de 5 a 9 anos. Além disso, a maioria das vítimas, 88,7%, eram do sexo feminino, e 56,8% eram negras. Segundo a pesquisa, quanto à característica do criminoso, 95,4% era homem, 82,5% era conhecido da vítima, sendo que 40,8% eram pais ou padrastos; 37,2% irmãos, primos ou outro parente e 8,7% avós. Além disso, 76,5% dos estupros acontecem dentro de casa. Assim, considera-se esta violência sexual intrafamiliar e doméstica.

Em 2023, também o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, através da “Violência Contra Meninas e Mulheres no 1º Semestre de 2023”, constatou que o país registrou 34.428 casos de estupro e estupro de vulnerável de meninas e mulheres no primeiro semestre de 2023, um crescimento de 16,3% em relação ao mesmo período de 2022, ou seja, cada 8 minutos uma menina ou mulher foi estuprada entre janeiro e junho de 2023 no Brasil, maior número da série iniciada em 2019. Essas meninas muitas vezes são humilhadas e obrigadas a levar essa gestação:

Recentemente, a Defensoria Pública de São Paulo ajuizou uma ação civil pública contra o Estado de São Paulo por não garantir a interrupção da gravidez mesmo nos casos previstos em lei. Seja por preconceito, despreparo ou falta de informação, o fato é que além de conviver com o trauma da violência sofrida, muitas das vítimas de estupro – que são em sua maioria crianças - ainda são obrigadas a gestar o fruto dessa violência ou procurar serviços clandestinos de abortamento (Fórum, 2023).

Neste momento, não se está discutindo a atenção, cuidados e proteção à criança, adolescente ou mulher vitimizada e a maior repressão ao estuprador, a fim de evitar os casos de estupros no país, mas sim discute-se a criminalização da vítima, ou seja, uma revitimização das meninas pobres e negras do Brasil. Na contramão deste projeto, movimentos sociais criaram o slogan “Criança não é mãe. Estuprador não é pai”, com o intuito de pressionar os parlamentares a não aprovarem o projeto.

Este Projeto de Lei reforça toda a desigualdade de gênero, raça e socioeconômica que o país possui. Ele perpetua o racismo na medida em que mulheres negras e pobres, as quais já são prejudicadas com a falta de acesso a cuidados de saúde reprodutiva de qualidade, com a criminalização do aborto e com a violência sexual, serão as maiores vítimas, caso o projeto consolide-se como lei. O encarceramento só pioraria o cenário de vulnerabilidades, violências institucionais e precariedade da saúde pública.

7 AS GESTANTES, PUÉRPERAS E MÃES DE MENORES NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

No que diz respeito ao total de pessoas privadas de liberdade no Brasil, o 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023 constatou que houve um crescimento do número de pessoas do sexo masculino, passando de 775.253 em 2021 para 786.907 em 2022. Há uma seletividade penal por cor no Brasil: o perfil das pessoas privadas de liberdade são 68,2% negros, 62,6% de 18 a 34 anos de idade e 95% do sexo masculino.

Nos anos de 2020 e 2021, houve um crescimento da população feminina custodiada, o que parece ter se estabilizado em 2022, todavia, embora o número de mulheres encarceradas seja inferior aos homens e, aparentemente estável, é necessário considerar todas as dinâmicas familiares:

(...) temos equivalente ao número de homens presos, o número equivalente de mulheres cis e trans (negras) que tem suas vidas igualmente aprisionadas na condição de mães, companheiras, namoradas, filhas que assumem a liderança familiar, tanto para as visitas, para a manutenção da rotina dentro e fora do cárcere, assim como para monitorar os andamentos jurídicos do cumprimento de pena. (FÓRUM, Anuário, p. 315, 2023)

Essas mulheres, cis e trans, organizam toda sua rotina em função de seus familiares homens presos, promovendo assistência e ele e toda a família dentro e fora do cárcere, inclusive assistência psicológica e afetiva.

Antes, propriamente de falar de Sistema Penitenciário, Borges (2019) destaca os outros fatores que lançam as mulheres negras no centro deste sistema:

(...) o genocídio que acometia as mulheres negras passava mais por outros âmbitos do sistema como negação de acesso a saúde, saneamento, políticas de autonomia dos direitos sexuais e reprodutivos, assim como suscetibilidade à violência sexual e doméstica, à superexploração do trabalho, notadamente o doméstico. Mas essas violências vão, também, se sofisticando e tomando contornos cada vez mais complexos, modificando-se do controle para o extermínio necropolítico (Borges, 2019, p. 28)

Sendo mulheres e negras, elas enfrentam uma sobreposição de vulnerabilidades, resultantes das interseccionalidades entre racismo, sexismo e desigualdade social. Esta crescente feminização do encarceramento no Brasil é

preocupante, e as mulheres negras são diretamente afetadas pois, em geral, elas vêm de contexto de extrema vulnerabilidade social, são mães solo, têm baixa escolaridade e enfrentam barreiras no acesso a direitos fundamentais, como saúde, educação, saneamento básico, entre outros.

Estas condições são agravadas dentro do Sistema Penitenciário, no qual enfrentam superlotação, abandono de seus parceiros, condições desumanas de encarceramento e falta de acesso a cuidados médicos adequados. A exemplo, a pobreza menstrual, como um problema de saúde pública e de direitos humanos que afeta também as mulheres privadas de liberdade, como a falta de absorventes íntimos e sendo utilizados miolos de pão ou jornais em sua substituição, impactando sua saúde sexual, mental e física de diversas maneiras. A falta de acesso a produtos de higiene menstrual e a condições sanitárias adequadas é uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos femininos:

A pobreza menstrual corresponde à falta de condições de realização da higiene menstrual de forma adequada, o que se deve à ausência de itens básicos, como absorventes, a falta de acesso à infraestrutura e serviços de saneamento básico e também à falta de informações e conhecimento a respeito do tema. Ela atinge pessoas em situação de pobreza e vulnerabilidade, como moradoras de rua e mulheres em privação de liberdade (...) Atualmente, calcula-se que uma pessoa gaste uma média de R\$ 12 ao mês com absorventes descartáveis, considerando o valor de R\$ 0,60 por unidade, o que leva a um custo anual de R\$ 144 e quase R\$ 6 mil durante toda a idade fértil da mulher. Sabe-se que hoje, no Brasil, ao menos 13% da população vive com menos de R\$ 246 por mês, o que configura uma situação de pobreza extrema (Brasil Escola, [s.d], n.p).

A Lei nº 14.214/2021 a qual instituiu o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual alterou a Lei nº 11.346/2006 para determinar que as cestas básicas entregues no âmbito do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) deverão conter como item essencial o absorvente higiênico feminino. Como lei progressista, ela prevê, em seu artigo 5º a distribuição gratuita de absorventes higiênicos:

Art. 5º. O Poder Público adotará as ações e as medidas necessárias para assegurar a oferta gratuita de absorventes higiênicos femininos às beneficiárias de que trata o art. 3º desta Lei e, no âmbito do Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual, os absorventes higiênicos femininos feitos com materiais sustentáveis terão preferência de aquisição, em igualdade de condições, como critério de desempate, pelos órgãos e pelas entidades responsáveis pelo certame licitatório.

De acordo com o Decreto-Lei nº 11.432/2023, o qual regulamenta a Lei nº 14.214/2021, dentre as pessoas beneficiárias deste Programa estão aquelas que menstruam

e que: (i) são de baixa renda e estão matriculadas em escolas da rede pública de ensino; (ii) se encontram em situação de rua ou em situação de vulnerabilidade social extrema; (iii) se encontram recolhidas em unidades do sistema prisional; e (iv) se encontram em cumprimento de medidas socioeducativas. A Lei possui como objetivos: (a) combater a precariedade menstrual, identificada como a falta de acesso a produtos de higiene e a outros itens necessários ao período da menstruação feminina, ou a falta de recursos que possibilitem a sua aquisição; (b) oferecer garantia de cuidados básicos de saúde e desenvolver meios para a inclusão das mulheres em ações e programas de proteção à saúde menstrual.

Para além disso, o Programa é integrado a todos os entes federados, mediante atuação, em especial, das áreas de saúde, de assistência social, de educação e de segurança pública, levando o Poder Público a promover campanhas informativas sobre a saúde menstrual e as suas consequências para a saúde da mulher.

Deste modo, verifica-se que o acesso à saúde das mulheres negras gestantes dentro do Sistema Penitenciário também é escasso e reflexo das desigualdades de raça e gênero da sociedade.

8 CONCLUSÃO

O machismo e o racismo estrutural permeiam diversas esferas da sociedade brasileira, e o Sistema de Saúde não está imune a ele. Suas vítimas são pessoas em variadas situações desvantajosas de vulnerabilidade social, em especial, as mulheres negras e pobres.

A violência obstétrica é uma das formas mais naturalizadas, invisibilizadas e cruéis de violência institucional sofrida por mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério, manifestando através de práticas desumanizadoras, abusos físicos e psicológicos, negligência e tratamentos inadequados no contexto da assistência social.

Em decorrência da presença do racismo no cerne do crescimento e desenvolvimento civilizatório do país, as mulheres negras são, de fato, as maiores vítimas da violência obstétrica no Brasil. O estereótipo de serem resistentes à dor, fortes o suficientes a ponto de não necessitar de anestesia, alívio, cuidado, cautela e afeto é um dos efeitos deste racismo histórico.

Diante de todo o cenário, conclui-se que a violência obstétrica contra as mulheres negras é reforçada pela ausência de fiscalização, punição e denúncia contra profissionais de saúde que praticam discriminação de gênero e raça, e até mesmo por falta de identificação pelas próprias mulheres negras, as quais - muitas vezes - não reconhecem que estão sendo violentadas, ou reconhecem porém estão desacreditadas na Justiça em sentido amplo, o que agrava ainda mais a situação, assim naturalizando o racismo e suas práticas desumanizadoras. A falta de informações suficientes como canais de denúncia também contribuem para a permanência desse sistema opressor.

Embora haja leis, normativas, regulamentos, tratados internacionais, programas, políticas, códigos de ética e previsões de punições, que fortalecem a importância e indispensabilidade do tratamento humanizado às gestantes, estes profissionais de saúde continuam a agir da mesma maneira, sem se sentirem impedidos, repetindo ciclos e perpetuando práticas habituais que negligenciam os direitos dessas mulheres negras.

Para um efetivo combate à violência obstétrica contra mulheres negras no Brasil são necessárias ações de variados setores da sociedade, trabalhando de fato na aplicação real dos ordenamentos voltados ao bom atendimento da mulher negra gestante, aumentar o rigor da fiscalização, responsabilizando os profissionais que praticam essa violência, bem como fortalecer a capacitação das equipes profissionais através de treinamentos voltados ao atendimento humanizado em toda e qualquer situação ou paciente. Em relação às vítimas, as mulheres negras - bem como a sociedade em geral - devem receber maiores informações sobre violência obstétrica nas unidades de saúde, sua identificação e os canais de denúncia.

Estas mobilização e conscientização gerais são cruciais para o rompimento do ciclo e a efetiva mudança do cenário do Sistema de Saúde Brasileiro.

REFERÊNCIAS

ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **O perigo da história única.** Publicado pela TEDGlobal 2009. 1 vídeo (18min34s). Disponível em:

<https://www.ted.com/talks/chimamanda_ngozi_adichie_the_danger_of_a_single_story>.

Acesso em 23 nov.2024.

AFONSO, Nathália. **Dia da Consciência Negra: números expõem desigualdade racial no Brasil.** Publicado pela Folha de São Paulo, 2019. Disponível em:

<<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2019/11/20/consciencia-negra-numeros-brasil>>.

Acesso em: 08 jun. 2022.

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade.** Feminismos Plurais. Coord. Djamila Ribeiro. São Paulo: Pólen, 2019.

ALBUQUERQUE, Beatriz. **Número de partos humanizados cresce no Distrito Federal.**

Publicado em: 26.10.2022. Radio Agência Nacional de Brasília. Agência Brasil.

Disponível em:

<<https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2022-10/numero-de-partos-humanizados-cresce-no-distrito-federal>>. Acesso em: jun. 2024.

ALVES, Guilherme Kelvin; LOPES, Renata Silva; CABRAL, Joyce Nunes; MOREIRA, Ana Paula Assunção; CECÍLIO, Jessica Oliveira; BATISTA, Amanda Santos Fernandes

Coelho. **Relação entre iniquidade racial e violência obstétrica no parto.** Revista

Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago" (RESAP), v.

9. Publicado em 05.06.2023. Disponível em:

<<https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/547>>. Acesso em: 25 nov. 2024.

ANDRADE, Daphne de Emílio Circunde Vieira; TEODORO, Maria Cecília Máximo. **A colonialidade do poder na perspectiva da interseccionalidade de raça e gênero: análise do caso das empregadas domésticas no Brasil.** Revista Brasileira de Políticas Públicas.

vol. 10. n. 2. ago, 2020. Gênero, Raça e Direito - articulações empíricas e epistemológicas. p. 568. Disponível em:

<<https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/issue/view/263/showToc>>. Acesso em: out, 2023.

ARAÚJO, Walisson. **Do antigo império romano à epidemiologia: você sabe o que são coortes?** Publicado em: 12 maio 2023. Disponível em:

<<https://cidacs.bahia.fiocruz.br/2023/05/12/do-antigo-imperio-romano-a-epidemiologia-vo-ce-sabe-o-que-sao-coortes/#:~:text=Por%20outro%20lado%2C%20a%20Coorte,de%20sa%C3%BAde%20desses%20indiv%C3%ADduos%20desde>>

ASANTE, Molefi. **Afrocentric idea in education.** The Journal of Negro. Vol. 60. No. 2, Spring, 1991, pp.170-180 *apud* SANTOS JUNIOR, Renato Nogueira dos.

Afrocentricidade e educação: os princípios gerais para um currículo afrocentrado. p. 3. Revista África e Africanidades - Ano 3 - n. 11, novembro, 2010 - ISSN 1983-2354. Pg. 03. Disponível em:

<https://www.africaeaficanidades.com.br/documentos/01112010_02.pdf>. Acesso em: dez, 2023

ASSIS, Karina Goes de; MEURER, Fernanda; DELVAN, Josiane da Silva (2020).

Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. Psicologia Argumento 39 (103), 135-157. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR).

Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/27239/pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2024.

AVILA, Milena Abreu. **Colonialidade e Decolonialidade: você conhece esses conceitos?**

Básico da Política. Publicado em: 19.03.2021. Atualizado em: 27.06.2023. Politize.

Disponível em: <<https://www.politize.com.br/colonialidade-e-decolonialidade/>>. Acesso em: dez, 2023.

BAIRROS, Luíza. **Nossos feminismos revisitados.** Revista Estudos Feministas. Vol. 3, N. 2. Dossiê 458. Universidade Estadual de Michigan. Publicado em 01.01.1995. Disponível em <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16462/15034>>. Acesso em: out. 2023.

BEAUVOIR, Simone. **O Segundo Sexo.** 1949. Rio de Janeiro/RJ: Nova Fronteira, 2019.

BELANDI, Caio; GOMES, Irene. **Censo 2022: pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda.** Agência de Notícia IBGE. Publicado em: 22.12.2023. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda>>. Acesso em: ago. 2024.

BENTO, Cida. **Roda Viva | Cida Bento | 02/05/2022.** Youtube, 02 de maio de 2022. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=pA7bZnpRWnY>>. Acesso em: dez, 2023.

BEZERRA, Juliana. **Darwinismo Social.** Toda Matéria. Disponível em: <<https://www.todamateria.com.br/darwinismo-social/>>. Acesso em: out. 2023.

BARBON, Júlia; FARIA, Flávia. **Branços são quase o dobro dos negros entre vacinados contra Covid no Brasil.** Folha de São Paulo. Publicado em 26.03.2021. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/03/brancos-sao-quase-o-dobro-dos-negros-entre-os-vacinados-contr-covid-no-brasil.shtml>>. Acesso em: dez, 2023.

BORGES, Juliana. **Encarceramento em Massa.** p. 28; 52-53; 64. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BRASIL. Cidade de São Paulo. **Programa Mãe Paulistana acolhe gestantes com atendimento humanizado: Mais de meio milhão de mulheres já foram beneficiadas e atualmente 51 mil recebem acompanhamento desde o início da gravidez até o segundo ano de vida do bebê.** Publicado em: 3 ago. 2023. Disponível em: <<https://www.capital.sp.gov.br/w/noticia/programa-mae-paulistana-acolhe-gestantes-com-atendimento-humanizado#:~:text=As%20principais%20diretrizes%20do%20M%C3%A3e,natal%20de%20risco;%20transporte%20p%C3%BAblico>>. Acesso em: ago. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002.** Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%204.377%2C%20DE%2013,20%20de%20mar%C3%A7o%20de%201984>.

Acesso em: jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. **Violência Obstétrica**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Brasília, DF, 21/06/2021. Disponível em:

<<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/saude/maternidade/violencia-obstetrica>>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Gov. **Ministério da Saúde divulga relatório sobre mortalidade materna de mulheres negras: Documento apresenta artigos científicos de autoras especializadas no tema e recomendações para o combate aos índices de mortalidade e racismo no contexto da saúde**. Publicado em: 18 jan. 2024.

Disponível em:

<<https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202401/relatorio-sobre-mortalidade-materna-de-mulheres-negras-e-divulgado#:~:text=Publicada%20por%20meio%20da%20Portaria,todas%20as%20pol%C3%ADticas%20de%20sa%C3%BAde>>. Acesso em: ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Projeto Maternidade Segura: Processo de credenciamento para a maternidade segura**. Disponível em:

<<https://bvs.saude.gov.br/bvs/folder/10006002455.pdf>>. Acesso em: ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal de 2017**. Disponível em:

<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Consultório na Rua**.

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/consultorio-na-rua>>.

Acesso em: ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório sobre mortalidade materna de mulheres negras é divulgado**. Publicado em 18.01.2021. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/janeiro/relatorio-sobre-mortalidade-materna-de-mulheres-negras-e-divulgado>>. Acesso em: jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS. Volume 1: formação e intervenção. Série B. Textos básicos de saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014.** Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html>. Acesso em: jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Relatório da Oficina: morte materna de mulheres negras no contexto do SUS.** p. 25, 30, 45. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2024/01/Relatorio_oficina_morte_materna-1.pdf>. Acesso em: jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Rede Cegonha de 2011.** Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: jul. 2024.

BRASIL. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Monitoramento e acompanhamento da política nacional de atenção integral à saúde da mulher PNAISM e do plano nacional de políticas para as mulheres PNPM**. p. 14, 16. Brasília/DF, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf>. Acesso em: ago. 2024.

BRASIL. Ministério do Estado da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000.

BRASIL. Ministério do Estado da Saúde. Portaria institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. 2000

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 3.946, de 2021**. Dispõe sobre o exercício da profissão de doula. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/150706>>. Acesso em: jun. 2024.

BRASIL ESCOLA. **Pobreza Menstrual**. Disponível em: <<https://brasilescola.uol.com.br/geografia/pobreza-menstrual.htm#:~:text=A%20pobreza%20menstrual%20%C3%A9%20caracterizada,p%C3%ABblica%20e%20de%20direitos%20humanos>>. Acesso em: set. 2024.

BRENES, Anayansi C. **História da Parturição no Brasil, Século XIX**. Cad. Saúde Pública. v. 7, n. 2, p. 135-49, 1991. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>>.

BRITO, Aline. **Solidão da mulher negra: especialistas explicam significado e origem do termo**. Racismo. Correio Braziliense: 2022. Disponível em:

<<https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2022/02/4981960-solidao-da-mulher-negra-especialistas-explicam-significado-e-origem-do-termo.html>>. Acesso em: set. 2019.

BUARQUE, Daniel. **Democracia Racial**. Artigo. Revista Problemas Brasileiros. São Paulo: 24 nov. 2020. Disponível em <<https://revistapb.com.br/artigos/democracia-racial/>>. Acesso em: out, 2023.

CAMARGO, Marina dos Santos Martins. **O desenvolvimento sociorracial da mulher negra em face da interseccionalidade de identidades**. Anais do X Congresso Brasileiro de Processo Coletivo e Cidadania, n. 10, p., out/2022. ISSN 2358-1557. Universidade de Ribeirão Preto. Disponível em: <<https://revistas.unaerp.br/cbpcc/article/view/2856>>. Acesso em: jul. 2023.

CARNEIRO, Aparecida Sueli. **Revista Caros Amigos**. São Paulo, n. 35, fev. 2000.

CARNEIRO, Aparecida Sueli. **Miscigenação**. Jornal Correio Braziliense. Coluna Opinião. Brasília, 18 ago. 2000.

CEDAW. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. United Nations. *Committee on the Elimination of Discrimination against Women Forty-ninth session 11-29 July 2011. Views Communication Nº. 17/2008*. Disponível em: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CEDAW/Jurisprudence/CEDAW-C-49-D-17-2008_en.pdf>. Acesso em: ago. 2024.

CERDEIRA, Rayssa. **Número de denúncias de violência obstétrica já é dez vezes maior esse ano**. Publicado em: 21.05.2019. Globo. Rádio CBN: Bem-estar e saúde. disponível em: <<https://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/260878/numero-de-denuncias-de-violencia-obstetrica-ja-e-d.htm>>. Acesso em: jun. 2024.

COLLINS, Patricia Hill. **Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento**. 1990. São Paulo: Boitempo, 2019.

COLLINS, Patricia Hill. **Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment**. 2000,2009, Routledge. Trad. Boitempo, 2019. Disponível em: https://boitempoeditorial.files.wordpress.com/2019/12/minilivroboitempo_patricia-hill-collins.pdf>. Acesso em: out. 2023.

CONCEIÇÃO, Dulci. **Luíza Mahin: um mito libertário no Feminismo Negro**. Publicado por Portel Geledés. 23 feb. 2015. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/luiza-mahin-um-mito-libertario-no-feminismo-negro>>. Acesso em: 08 jun. 2022.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Dossiê III Conferência Mundial Contra o Racismo. Revista: Estudos Feministas, jan. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>>. Acesso em: out. 2023.

CRE/UK - Commission for Racial Equality of United Kingdom (1999) apud CARNEIRO, Sueli. **Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011. Consciência em debate. Coord. Vera Lúcia Benedito. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8006452/mod_resource/content/1/S%20Carneiro%20-%20Racismo-Sexismo-e-Desigualdade.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2024.

CRUZ, Elaine Patricia. **País tem 300,8 mil pessoas em situação de rua, mais de 80 mil em SP: Maioria é negra, do sexo masculino e tem entre 18 e 59 anos**. Agência Brasil. Publicado em 12 jul. 2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2024-07/pais-tem-3008-mil-pessoas-em-situacao-de-rua-mais-de-80-mil-em-sp#:~:text=Perfil,%25>..> Acesso em: ago. 2024.

CURI, Paula Land; RIBEIRO, Mariana Thomaz de Aquino; MARRA, Camila Bonelli. **A violência obstétrica contra mulheres negras no SUS**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 72, n. spe, p. 156-169. 2020, Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-5267202000030001>. Acesso em: 25 nov. 2024.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. 1981. Trad.: Heci Regina Candiani. Ed. 1. São Paulo: Boitempo, 2016. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4248256/mod_resource/content/0/Angela%20Davis_Mulheres%2C%20raca%20e%20classe.pdf>. Acesso em: jul. 2023.

DAVIS, Angela. **Atravessando o tempo e construindo o futuro da luta contra o racismo**. Youtube, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador. 2017. 1 vídeo (2h36min45s). Publicado por TVE Bahia. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2vYZ4IJtgD0&feature=emb_title>. Acesso em: 08 jun. 2022.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; SOUZA, Pedro H. G. Ferreira de; GÓES, Emanuelle. **Aborto e raça no Brasil, Pesquisa Nacional de Aborto 2016 a 2021**. Revista Ciência Saúde Coletiva. vol. 28, n. 11. Publicado em: nov. 2023. Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.14062023>>. Acesso em: mai, 2024.

DAVIS, Dána-Ain; VARNER, Cheyenne; J. Dill, LeConté J. **A Birth Story (Uma História de Nascimento). Revista Graphic Ethnography**". Publicado em 27.08.2021. Disponível em: <<https://www.anthropology-news.org/articles/a-birth-story>>. Acesso em: jun. 2024

DOSSIÊ DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA (2012). **Parirás com dor**. Rede Parto do Princípio. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: abr. 2024.

DUARTE, E. A. Pós-fácio. In: MUZART, Z. L. **“Maria Firmina dos Reis”, livro organizado pela mesma**. Escritoras Brasileiras do Século XIX. Florianópolis: Editora das Mulheres, 2000, p.264-84.

DU BOIS, W. E. B., *Black Reconstruction in America*. 1935, *apud*, SCHUCMAN, Lia Vainer. *Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”: Raça, hierarquias e poder na construção da branquitude paulistana*. p. 18-19. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, 2012. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-21052012-154521/publico/schucman_corrigida.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2023.

EPIDEMIOLOGIA UFPel. Coorte 2015. Universidade Federal de Pelotas. Disponível em: <<https://epidemio-ufpel.org.br/coorte-2015/>>. Acesso em: 10 dez. 2023.

ESTUMANO, V. K. C. *et al.* (2017). **Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes**. Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem, 7 (19), 83-91. *apud*. ASSIS, Karina Goes de; MEURER, Fernanda; DELVAN, Josiane da Silva (2020). **Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica**. Psicologia Argumento 39 (103), 135-157. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/27239/pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2024.

FANON, Frantz. *Pele negra, máscaras brancas* (1952). Trad. Renato da Silveira. Salvador: UFBA, 2008.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Posicionamento FEBRASGO contra o termo violência obstétrica**. Publicado em: 04 abr. 2022. Disponível em: <<https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/1435-posicionamentofebRASGO-contra-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 27 nov. 2024.

FERNANDES, Bianca da Silva. **Cesare Lombroso e a teoria do criminoso nato**. Jus Brasil, 2018. Disponível em: <<https://canalcienciascriminais.jusbrasil.com.br/artigos/625021486/cesare-lombroso-e-a-teoria-do-criminoso-nato>>. Acesso em: 02 out. 2023.

FERNANDES, Florestan. **O negro no mundo dos brancos**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1972, p. 85 *apud* LIMA, Kátia Regina de Souza Lima. **Desafios éticos e políticos da luta de classes e o mito da democracia racial em Florestan Fernandes**. Revista Katalysis, Universidade Federal de Santa Catarina, v. 20 n. 3 (2017): Ética e política, p. 353-361 (p. 359). Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592017v20n3p353/35087>>. Acesso em: 26 out. 2024.

FERREIRA, L. F. **Ethos, poética e política nos escritos de Luiz Gama**. Revista Crioula, n.12, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/crioula/article/view/57813/60862>>. Acesso em: jul. 2023.

FERREIRA, Thais. Vereadora Mãe Data. **Pequeno Manual de Antirracismo Obstétrico**. 2023. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1gw1qgdkHnAh1TtLz2ms3N3cPp4dbOnrW/view>>. Acesso em: ago. 2024.

FIGUEIREDO, Angela. **Somente um ponto de vista**. 2016. Artigo. Universidade Estadual de Campinas. PAGU Cidade Universitária "Zeferino Vaz". São Paulo, 2016. Publicado por Scielo. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000300509&lang=pt>. Acesso em 08 jun. 2022.

FIOCRUZ. **Coronavírus: Brasil mostra que é projetado para matar pobre em pandemia**. Publicado em 13.05.2020. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Informe ENSP. Disponível em <<https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/48898>>. Acesso em: out, 2023.

FIOCRUZ. **Tendências na Mortalidade Materna 2000-2020**. Publicado em 08 mar. 2023. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/tendencias-na-mortalidade-materna-2000-2020/>>. Acesso em: 5 abr. 2024.

FONSECA, Fernanda Cardoso. **Nossa Améfrica Ladina: o pensamento (decolonial) de Lélia Gonzalez**. p. 92 e 95. Dissertação Mestrado em Relações Internacionais da Universidade Federal da Bahia: Salvador: 2021. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/33728/1/FERNANDA%20FONSECA%20-%20%5BDISSERTA%C3%87%C3%83O%5D%20Nossa%20Am%C3%A9frica%20-%20O%20p>>

ensamento%20%28decolonial%29%20de%20L%C3%A9lia%20Gonzalez.pdf>. Acesso em: dez, 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Violência contra meninas e mulheres no 1º semestre de 2023**. ISBN: 978-65-89596-21-9. São Paulo: Nov, 2023.

Disponível em:

<<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/11/violencia-contrameninas-mulheres-2023-1sem.pdf>>. Acesso em: dez, 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. Ano 16. 2022. ISSN: 1983-7364. Disponível em:

<<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=5>>.

Acesso em: jun, 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Racismo Estrutural e Segurança Pública: caminhos para a garantia do direito**. Nota técnica. 20 de novembro de 2023.

Disponível em:

<<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/11/nota-tecnica-violencia-desigualdade-racial-2023.pdf>>. Acesso em: 10, dez. 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em:

<<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>>

Acesso em: 10 dez. 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. Infográfico. 4a ed. 2023. Disponível em:

<<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-infografico.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2023.

FPA - FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado (2010)**. Núcleo de Opinião Pública, Pesquisas e Estudos da Fundação Perseu Abramo (NOPPE - FPA). Publicado em: ago. 2010. Disponível em:

<<https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010>>. Acesso em: 27 nov. 2024.

G1. Menos de 5% dos trabalhadores negros têm cargos de gerência ou diretoria, aponta pesquisa. Publicado em 24.09.2020. Disponível em:
<<https://g1.globo.com/economia/concursos-e-emprego/noticia/2020/09/24/menos-de-5percent-dos-trabalhadores-negros-tem-cargos-de-gerencia-ou-diretoria-aponta-pesquisa.ghtml>>. Acesso em: dez, 2023

GARCIA, Maria Fernanda. **A guerreira que viveu no Brasil e preferiu a morte à escravidão.** Publicado por Observatório do Terceiro Setor. 24 jan. 2018. Disponível em:
<<https://observatorio3setor.org.br/noticias/dandara-guerreira-que-viveu-no-brasil-e-preferiu-morte-a-escravidao>>. Acesso em: 08 jun. 2022.

GOES, Emanuelle. **Vida e Morte de Alyne Pimentel, para não esquecer.** Catarinas. Publicado em: 1 abr. 2022. Disponível em:
<<https://catarinas.info/colunas/vida-e-morte-de-alyne-pimentel-para-nao-esquecer>>. Acesso em: jul. 2024.

GOMES, Helton Simões. **Branços são maioria em empregos de elite e negros ocupam vagas sem qualificação.** Publicado em 14.05.2018. Disponível em:
<<https://g1.globo.com/economia/noticia/brancos-sao-maioria-em-empregos-de-elite-e-negros-ocupam-vagas-sem-qualificacao.ghtml>>. Acesso em: dez, 2023.

GOMES, Luiz Flávio. **Racismo “científico” (origens das teses racistas na modernidade).** JusBrasil. 2015. Disponível em:
<<https://professorlfg.jusbrasil.com.br/artigos/254945905/racismo-cientifico-origens-das-teses-racistas-na-modernidade>>. Acesso em: out. 2023.

GOMES, Rodrigo. **Vacinação por idade favoreceu brancos de bairros ricos, onde mortalidade por covid-19 é menor.** Rede Brasil Atual. Publicado em: 27.05.2021. Disponível em:
<<https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/vacinacao-por-idade-favoreceu-brancos-de-bairros-ricos-onde-mortalidade-por-covid-19-e-menor/>>. Acesso em: dez, 2023.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afrolatino-americano: ensaios, intervenções e diálogos** (2020). Org. Flávia Rios e Márcia Lima. Editora Zahar: Rio de Janeiro. Publicado em: 26 out. 2020. Disponível em:
<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7942688/mod_resource/content/0/feminismo-afr-o-latino-americano.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2024.

GONZALEZ, Lélia. **Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira** (1984). In: Revista Sociais Hoje, Anpocs, p. 224 e 226. Disponível em:
<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7395422/mod_resource/content/1/GONZALES%2C%20L%C3%A9lia%20-%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf>. Acesso em: dez, 2023.

GRANT, Judith. *Fundamental Feminism Contesting the Core Concepts os Feminist Theory*. Nova York/NY, Routledge. 1991 *apud* BAIRROS, Luíza. **Nossos feminismos revisitados**. Revista Estudos Feministas. Vol. 3, N. 2. Dossiê 458. Universidade Estadual de Michigan. Publicado em 01.01.1995. Disponível em
<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16462/15034>>. Acesso em: out. 2023.

HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; LE DOARÉ, Hélène; SENOTIER, Danièle (orgs.). **Dicionário Crítico do Feminismo**. Trad. *Dictionnaire Citique du Féminismo*, 2. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

HOOKS, bell. *A'int I a Woman. Black Women and feminism* (**Não sou eu uma mulher: Mulheres negras e feminismo**). 1981. Trad.: Plataforma Gueto. Janeiro 2014. Disponível em:
<https://plataformagueto.files.wordpress.com/2014/12/nc3a3o-sou-eu-uma-mulher_traduizado.pdf>. Acesso em: jul. 2023.

HOOKS, bell. **Vivendo de amor**. 1994. Artigo. Trad.: Maísa Mendonça. Publicado por Geledés. 09 mar. 2010. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/vivendo-de-amor>>. Acesso em 08 jun. 2022.

HOOKS, bell. ***Black women: shaping feminist theory*** (Mulheres negras: moldando a teoria feminista. Dossiê Feminismo e Antirracismo. Revista Brasileira de Ciência Política. 2015, vol. 16. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0103-335220151608>>. Acesso em: out. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Unões consensuais já representam mais de 1/3 dos casamentos e são mais frequentes nas classes de menor rendimento.** Censo 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?view=noticia&id=3&idnoticia=2240&busca=1&t=censo-2010-unioes-consensuais-ja-representam-mais-13-casamentos-sao-frequentes-classes>>. Acesso em: 08 jun. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Quantidade de homens e mulheres.** Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20de%20homens%20em,a%2024%20anos%20de%20idade>>. Acesso em: jun. 2024.

ICONOGRÁFICA, Equipe Brasileira. **Mãe preta: o aleitamento no período escravista.** In: Fundação Biblioteca Nacional e Instituto Moreira Salles, Pinacoteca de São Paulo e Instituto Itaú Cultural. Brasileira Iconográfica. Rio de Janeiro e São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.brasilianaiconografica.art.br/artigos/20196/mae-preta-o-aleitamento-no-periodo-escravista>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Brasil tem cerca de 822 mil casos de estupro a cada ano, dois por minuto.** Publicado em 02.03.2023. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13541-brasil-tem-cerca-de-822-mil-casos-de-estupro-a-cada-ano-dois-por-minuto>>. Acesso em: dez, 2023.

JAMES, Cyril Lionel Robert. **Os jacobinos negros: Toussaint L'Ouverture e a Revolução de São Domingos.** Reino Unido, 1938. Trad.: Afonso Teixeira Filho. Editora Boitempo, 2000.

KATZ, Leila; AMORIM, Melanina Maria; GIORDANO, Juliana Camargo; BASTOS, Maria Helena; BRILHANTE, Aline Veras Moraes. **Quem tem medo da violência obstétrica?**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 20 (2). Publicado em: abr. jun. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>>. Acesso em: 27 nov. 2024.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Trad. Jess Oliveira. Rio de Janeiro/RJ: Cobogó, 2019. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/ppgcom/images/MEMORIAS_DA_PLANTACAO_-_EPISODIOS_DE_RAC_1_GRADA.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2024.

LABOISSIÈRE, Paula. **Saúde lança campanha contra racismo no SUS**. Agência Brasil. Publicado em 25.11.2024. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-11/saude-lanca-campanha-contra-racismo-no-sus>>. Acesso em: 30 dez. 2014.

LACERDA, João Batista de. **Sur le métis au Brésil**. Museu Nacional Rio de Janeiro: 1911. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em <<https://bdor.sibi.ufrj.br/bitstream/doc/35/1/Surlesmetis%20cdr.pdf>>. Acesso em: out. 2023.

LANDER, Edgardo (org). **Ciências sociais: saberes coloniais e eurocêntricos**, p. 13. Livro: A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Coleção Sur Sur, CLACSO, Cidade Autônoma de Buenos Aires, Argentina, setembro 2005. Disponível em: <<https://ufrb.edu.br/educacaodocampocfp/images/Edgardo-Lander-org-A-Colonialidade-do-Saber-eurocentrismo-e-ci%C3%A2ncias-sociais-perspectivas-latinoamericanas-LIVRO.pdf>>. Acesso em: dez, 2023.

LANG-STANTON, Peter; JACKSON, Steven. **Eugenia: como movimento para criar seres humanos “melhores” nos EUA influenciou Hitler**. Publicado por BBC Brasil. 23 abr. 2017. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-39625619>>. 08 jun. 2022.

LARSON, Kate Clifford. *Bound For the Promised Land: Harriet Tubman, Portrait of an American Hero*. New York: Ballantine Books, 2004.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; PEREIRA, Ana Paula Esteves; PACHECO, Vanessa Eufrazino; CARMO, Cleber Nascimento; SANTOS, Ricardo Ventura. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**. Cad. Saúde Pública 33. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>>. Acesso em: 20 jun. 2024.

LEITE, Tatiana Henriques; MARQUES, Emanuele Souza; CORRÊA, Rachel Geber; LEAL, Maria do Carmo; OLEGÁRIO, Bheatriz da Costa Diniz; DA COSTA, Rafaelle Mendes; MESENBURG, Marilia Arndt. **Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro**. Revista Ciência e Saúde Coletiva 29 (09). Publicado em: ago. set. 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.12222023>>. Acesso em: 26 nov. 2024.

LIMA, Juliana Domingos de Lima. **A origem da frase *black is beautiful*. E as críticas a seu uso num comercial**. Publicado por Nexo Jornal. 24 out. 2017. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2017/10/24/A-origem-da-frase-%E2%80%98black-is-beautiful%E2%80%99.-E-as-cr%C3%ADticas-a-seu-uso-num-comercial>>. Acesso em 08 jun. 2022.

LIMA, Kátia Regina de Souza. **Desafios éticos e políticos da luta de classes e o mito da democracia racial em Florestan Fernandes**. 2017. Artigo. Universidade Federal Fluminense. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-02592017v20n3p353>>. Acesso em: jul. 2024.

LIMA, R. V.; MELO, L. C.; BARBOSA, N. G.; ARCIPRETE, A. P.; MONTEIRO, J. C. **Transtorno depressivo em mulheres no período pós-parto: análise segundo a raça/cor autorreferida**. Acta Paul Enferm. 2023. Scielo Brasil. Publicado em: 06 fev.2023. Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO03451>>. Acesso em: jul. 2024.

O estudo mostrou que a maioria das participantes era da raça negra e 24,2% do total apresentou indicativo de transtorno depressivo, sendo que, dentre elas, a maioria era negra (pretas ou pardas).

LANSKY, Sônia; SOUZA, Kleyde Ventura de; PEIXOTO, Eliane Rezende de Moraes; OLIVEIRA, Bernardo Jefferson; DINIZ, Carmen Simone Grilo; VIEIRA, Nayara Figueiredo; CUNHA, Rosiane de Oliveira; FRICHE, Amélia Augusta de Lima. **Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes.**

Ciência e Saúde Coletiva 24. Publicado em 08.2019. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>>. Acesso em: 26 nov. 2024.

LOMBROSO, Cesare. **O Homem Delinquente**. p. 43-44. Tradução: Sebastian José Roque. 1. Reimpressão. São Paulo: Ícone, 2010.

LOPES, Janaina. **Negros ganham 17% menos do que brancos da mesma origem social, aponta estudo da PUCRS**. Publicado em 20.11.2020. Disponível em:

<<https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2020/11/20/negros-ganham-17percent-menos-do-que-brancos-da-mesma-origem-social-aponta-estudo-da-pucrs.ghtml>>. Acesso em: dez, 2023.

LOPES, Raquel. **Mulheres negras têm maior risco de sofrer violência física e sexual no Brasil**. Atualizado em 20 jun. 2023. Folha de São Paulo: Cotidiano. Disponível em:

<<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/06/negras-tem-maior-risco-de-sofrer-violencia-fisica-e-sexual-no-brasil.shtml>>. Acesso em: dez, 2023

LORDE, Audre. **Textos escolhidos de Audre Lorde**. Publicado por Heretica Difusão Lesbofeminista Independente. Biblioteca Direitos Humanos Obras Digitalizadas Ministério Público do Estado da Bahia (MPBA). Disponível em:

<https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-da-populacao-lgbt/obras_digitalizadas/audre_lorde_-_textos_escolhidos_portu.pdf>. Acesso em 08 jun. 2022.

LOTIERZO, Tatiana H. P.; SCHWARCZ, Lilia K. M. **Raça, gênero e projeto branqueador: “a redenção de Cam”, de Modesto Brocos.** 2013. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/artelogie/5242>>. Acesso em: jul. 2023.

MACHADO, Maria Helena Pereira Toledo. **Maria Firmina dos Reis: escrita íntima na construção do si mesmo.** 2019. Artigo. Scielo. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2019.3396.0007>>. Acesso em: jul. 2023

MARASCIULO, Marília. **Gilberto Freyre: 5 pontos para entender a importância do sociólogo.** Revista Galileu: História, 18 jul 2021. Globo. Disponível em <<https://revistagalileu.globo.com/Sociedade/Historia/noticia/2021/07/gilberto-freyre-5-pon-tos-para-entender-importancia-do-sociologo.html>>. Acesso em: out. 2023.

MARASCIULO, Marília. **Sete palavras preconceituosas ou racistas que você deveria parar de usar.** Revista Galileu: Sociedade, 2020. Atualizado em 2022. Globo. Disponível em: <<https://revistagalileu.globo.com/Sociedade/noticia/2020/08/7-palavras-preconceituosas-ou-racistas-que-voce-deveria-parar-de-usar.html>>. Acesso em: out. 2023

MELO, Maria Luisa de. **Primeira vítima do RJ era doméstica e pegou coronavírus da patroa no Leblon.** Notícias UOL. Publicado em 19.03.2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/19/primeira-vitima-do-r-j-era-domestica-e-pegou-coronavirus-da-patroa.htm>>. Acesso em: out. 2023.

MIRANDA, Monique. **Classificação de raça/cor e etnia: conceitos, terminologia e métodos utilizados nas ciências da saúde no Brasil.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/24243/monique_miranda_ensp_mest_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: out. 2023.

MORAIS FILHO, N. **Maria Firmina: Fragmentos de uma Vida.** São Luís: COCSN, 1975.

MOREIRA, Adilson. **Racismo Recreativo.** p. 35. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

MUNANGA, Kabengele. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia: Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira.** Niterói: EDUFF, 2004.

MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra.** 5. ed. rev. emp. - Autêntica Editora: Belo Horizonte, 2019. Coleção Cultura Negra e Identidades. Disponível em <<https://books.google.com.br/books?id=23KfDwAAQBAJ&printsec=frontcover>>. Acesso em: out, 2023.

MUNANGA, Kabengele. **As ambiguidades do racismo à brasileira. O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise.** Tradução . São Paulo: Perspectiva, 2020. Disponível em <https://biblio.fflch.usp.br/Munanga_K_3117175_AsAmbiguidadesDoRacismoABrasileira.pdf> Acesso em: out. 2023.

NASCIMENTO, Beatriz. **A mulher negra no mercado de trabalho.** Rio de Janeiro: Jornal de Última Hora. p. 258 - 263. Publicado em 25 jul. 1976 in *Eu Sou Atlântica: Sobre a Trajetória de Vida de Beatriz Nascimento*, Alex Ratts (org.), São Paulo: Imprensa Oficial/Instituto Kuanza, 2006, p. 126 - 129. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5775743/mod_resource/content/1/A%20mulher%20negra%20no%20mercado%20de%20trabalho%2C%20Beatriz%20Nascimento.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2024.

NASCIMENTO, Beatriz. **O Negro da Senzala ao Soul (1977).** Junho/julho de 1977. Youtube, 03 de julho de 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=5AVPrXwxh1A>>. Acesso em: 02 dez. 2023.

NASCIMENTO, E. L. **O sortilégio da cor: identidade, raça e gênero no Brasil.** São Paulo: Selo Negro, 2003 *apud*. DOS SANTOS, Jussara Francisca de Assis . **Enfrentamento à violência obstétrica: contribuições do movimento de mulheres negras brasileiras.** Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Revista em Pauta. Rio de Janeiro: 1º semestre de 2021, n. 47, v. 19, p. 154 -

169. Disponível em:

<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/56082/36719>>. Acesso em: 26 nov. 2024.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho; SEVERI, Fabiana Cristina. **Violência obstétrica e acesso das mulheres à justiça: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região sudeste**. Panóptica, vol. 11, n. 2, jul./dez. 2016. p. 430-470. *apud*. NOGUEIRA, Beatriz Carvalho; SEVERI, Fabiana Cristina. **O tratamento jurisprudencial da violência obstétrica nos tribunais de justiça da região sudeste**. Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero, v. 11, 2017. Disponível em:

<http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499812197_ARQUIVO_NOGUEIRA,Beatriz_SEVERI,Fabiana.Otratamentojurisprudencialdaviolenciaobstetricano sTribunaisdeJusticadaregiaoSudeste.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2024.

NOGUEIRA, Isildinha B. **O corpo da mulher negra**. Pulsional Revista de Psicanálise.

Ano XIII, nº 135. 40-45: 1999. Disponível em:

<<https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/o-corpo-da-mulher-negra-isildinha-b-nogueira.pdf>>. Acesso em: out. 2023.

NÚCLEO INSTITUCIONAL DE PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER (NUDEM). **Cartilha Violência Obstétrica**. 2021. Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul. Disponível em:

<<https://www.naosecale.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/DEF-Cartilha-Violencia-Obste%CC%81trica-2021-PARA-PORTAL.pdf>>. Acesso em: jun 2024.

OBSTETRÍCIA, Federação Brasileira Das Associações De Ginecologia E. **No Brasil, mulheres negras enfrentam um maior risco de serem vítimas de violência física e sexual**. Publicado em 24. 07. 2023. Disponível em:

<<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1702-no-brasil-mulheres-negras-enfrentam-um-maior-risco-de-serem-vitimas-de-violencia-fisica-e-sexual>>. Acesso em: dez, 2023.

OLIVEIRA, Ellen Hilda Souza de Alcântara. **Mulheres negras vítimas de violência obstétrica: estudo em um Hospital Público de Feira de Santana - Bahia**. 2018. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e

do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.
Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30942>>. Acesso em: 25 nov. 2024.

OLIVEIRA, Fátima. **Oficinas Mulher Negra e Saúde**. Belo Horizonte, Mazza Edições, 1998 *apud* CARNEIRO, Aparecida Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
Disponível em
<<https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/a-construc3a7c3a3o-do-outro-como-n-c3a3o-ser-como-fundamento-do-ser-sueli-carneiro-tese1.pdf>>. Acesso em: out. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Saúde Materna**. Disponível em:
<<https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna>>. Acesso em: ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Violência Contra as Mulheres**. Organização Mundial da Saúde, Região das Américas. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>>. Acesso em: jun. 2024.

PALHARINI, Luciana Aparecida. **Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil**. Dossiê Gênero e Ciências: histórias e políticas no contexto ibero-americano. Cad. Pagu (49). 2017. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>>. Acesso em: 26 nov. 2024.

PASSOS, Juliana; LACERDA, Nara Lacerda. **Quinze anos depois, Política de Saúde da População Negra ainda precisa avançar no Brasil**. Publicado em: 30 mai. 2024.
Disponível em:
<<https://www.brasildefato.com.br/2024/05/30/quinze-anos-depois-politica-de-saude-da-populacao-negra-ainda-precisa-avancar-no-brasil>>. Acesso em: ago. 2024.

PEROSA, Teresa. **Quem foi Harriet Tubman, a nova cara da nota de 20 dólares**. Publicado por Época Globo. 20 abr. 2016. Disponível em:

<https://epoca.globo.com/tempo/noticia/2016/04/quem-foi-harriet-tubman-nova-cara-da-nota-de-20-dolares.html>. Acesso em: 08 jun. 2022.

PINTO, Mãe Flávia. **Salve o matriarcado: manual da mulher búfala**. Rio de Janeiro: Fundamentos de Axé, 2021.

PORFÍRIO, Francisco. **Democracia racial**. Brasil Escola. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/historia/democracia-racial.htm>>. Acesso out. 2023.

RIBEIRO, A. V. **Lendo Harriet Beecher Stowe no Brasil: circulação e traduções culturais do romance A cabana do Pai Tomás na segunda metade do XIX**. Guarulhos, 2016. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de São Paulo. Guarulhos, 2016.

RIBEIRO, Djamila. **Quem tem medo do feminismo negro?** 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

RIBEIRO, Djamila. **Lugar de Fala**. Feminismos Plurais. Coord. Djamila Ribeiro. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

RIBEIRO, Stephanie. **Waiting to exhale: falar de amor entre negras é revolucionário**. Publicado por Valkirias. 03 abr. 2017. Disponível em: <<http://valkirias.com.br/waiting-to-exhale>>. Acesso em 08 jun. 2022.

RODRIGUES, Nina. **As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil**. Com estudo do Professor Afranio Peixoto. Biblioteca de Cultura Científica da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Editora Guanabara, 1894.

RONCADOR, Sonia. **O mito da mãe preta no imaginário literário de raça e mestiçagem cultural**. Estudos De Literatura Brasileira Contemporânea, Universidade de Brasília, v. 31, p. 129-152 (131), 1 mai. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/estudos/article/view/9437>>. Acesso em: 30 set. 2023.

SCHWARCZ, Lília Moritz. **Teorias Raciais. Dicionário da Escravidão e Liberdade: 50 textos críticos.** 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, p. 145 e 426. 2018. Disponível em:

<https://contrapoder.net/wp-content/uploads/2020/04/SCHWARCZ-_GOMES-2018.-Dicion%C3%A1rio-da-escravid%C3%A3o-e-liberdade.pdf>. Acesso em: ago. 2022.

SILVA, Silvana B. G. **Feminismo Negro no Brasil: história, pautas e conquistas.**

Politize. Publicado em: 27.11.2019. Atualizado em: 15.09.2023. Disponível em:

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7395422/mod_resource/content/1/GONZALES%2C%20L%C3%A9lia%20-%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf>. Acesso em: dez, 2023.

SUTHERLAND, Edwin. *White-collar criminality.* In *American Sociological Review.* v. 5, n. 1, 1940. Trad. Lucas Minorelli. Revista Eletrônica de Direito Penal e Política Criminal – UFRGS. VOL. 2, n.º 2, 2014 *apud* ROSA, Gerson F.; DUARTE, Myllena G. **Crimes de colarinho branco: uma análise crítica da seletividade do sistema penal e a incapacidade de enfrentamento das organizações criminosas. (2023).** Revista

Eletrônica Da Faculdade De Direito De Franca, vol. 17 (2). Disponível em:

<<https://revista.direitofranca.br/index.php/refdf/article/view/1428>>. Acesso em: dez, 2023.

SOUZA, Claudete Alves da Silva. **A solidão da mulher negra – sua subjetividade e seu preterimento pelo homem negro na cidade de São Paulo.** 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, 2008.

SOUZA, Vera Cristina de. **Mulher negra e miomas: uma incursão na área da saúde, raça/etnia.** São Paulo: PUC, 1995 *apud* OLIVEIRA, Fátima. Oficinas Mulher Negra e Saúde. Belo Horizonte, Mazza Edições, 1998. Disponível em

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081_saude_popnegra.pdf>. Acesso em: out. 2023.

STEPAN, Nancy Leys. **Eugenia no Brasil, 1917-1940.** In: HOCHMAN, G., and ARMUS, D., orgs. Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. História e Saúde

collection, pp. 330-391. ISBN 978-85-7541-3111. Available from SciELO Books.
Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/7bzx4/pdf/hochman-9788575413111-11.pdf>>.
Acesso em: out, 2023.

THEOPHILO, Rebecca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Everton Luís.
Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. p. 8. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2018.
Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/MsvQjnbsTvS3cSvvrqyyCCz/?format=pdf&lang=pt>>.
Acesso em: jun. 2024

TOURINHO, Raíza. **Estudos apontam que mulheres negras são mais vulneráveis ao aborto no Brasil.** Fiocruz. Publicado em: 26 set. 2023. Disponível em:
<<https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-que-mulheres-negras-sao-mais-vulneraveis-ao-aborto-no-brasil>>. Acesso em: mai, 2024.

VAINER, Lia. **Branquitude: como o racismo se reproduz - com Lia Vainer.** Youtube, 30 de março de 2022. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=XfMIAk2qFW8>>.
Acesso em: dez, 2023.

VAZ, Livia Maria Santana e Sant'Anna. **Ações afirmativas: aplicação às políticas de saúde para população negra.** Dissertação. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Direito. Programa de Pós-Graduação em Direito. 2006. Disponível em:
<<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/9304>>. Acesso em: mai, 2024.

VERDÉLIO, Andreia. **Primeira morte por covid-19 no Brasil aconteceu em 12 de março.** Publicado em 28.06.2020. Disponível em:
<<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/primeira-morte-por-covid-19-no-brasil-aconteceu-em-12-de-marco>>. Acesso em: out, 2023.

WERNECK, Jurema. **Eugenia Jurema Werneck.** Publicado por Mulheres de Luta. Youtube, 12 ago. 2018. 1 vídeo (9h50min). Disponível em:
<<https://www.youtube.com/watch?v=s420U1U67dU&t=344s>>. Acesso em 08 jun. 2022.

WERTHEIMER, Barbara. *We Were There: The Story of Working Women in America*. Nova York, Pantheon, 1977, p. 109 *apud* DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. 1981. Trad.: Heci Regina Candiani. Ed. 1. São Paulo: Boitempo, 2016. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4248256/mod_resource/content/0/Angela%20Davis_Mulheres%2C%20raca%20e%20classe.pdf>. Acesso em: jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe**. Organización Mundial de la Salud. 2005. ISBN 924359351X. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/43390>>. Acesso em: jun. 2024.

YAMAGUTI, Bruna. **Parto humanizado é oferecido pelo SUS e pode ser feito em procedimento normal ou cesárea; médica explica**. Publicado em: 17.06.2023. G1. Globo Distrito Federal. Disponível em: <<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2023/06/17/parto-humanizado-e-oferecido-pelo-sus-e-pode-ser-feito-em-procedimento-normal-ou-cesarea-medica-explica.ghtml>>. Acesso em: jun. 2024.