



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS (FCS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**O PARTO ALÉM DO GÊNERO: a violência obstétrica contra
mulheres negras em uma perspectiva interseccional**

RAFAELA DEL CASTANHEL MIRANDA

**GOIÂNIA
2024**



UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autora, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

RAFAELA DEL CASTANHEL MIRANDA

3. Título do trabalho

O PARTO ALÉM DO GÊNERO: a violência obstétrica contra mulheres negras em uma perspectiva interseccional

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Marcela Correa Martins Amaral, Professor do Magistério Superior**, em 08/08/2024, às 10:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rafaela Del Castanhel Miranda, Discente**, em 20/09/2024, às 10:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4729088** e o código CRC **E15F4CE8**.

RAFAELA DEL CASTANHEL MIRANDA

**O PARTO ALÉM DO GÊNERO: a violência obstétrica contra
mulheres negras em uma perspectiva interseccional**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, da Faculdade de Ciências Sociais, da Universidade Federal de Goiás (UFG), como requisito para obtenção do título de Mestra em Sociologia.

Área de concentração: Sociedade, Política e Cultura.

Linha de pesquisa: Desigualdades, Diferenças e Violências.

Orientadora: Professora Doutora Marcela Correa Martins Amaral

Coorientadora: Professora Doutora Eliane Gonçalves

**GOIÂNIA
2024**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Miranda, Rafaela Del Castanhel
O PARTO ALÉM DO GÊNERO [manuscrito]: a violência obstétrica contra mulheres negras em uma perspectiva interseccional / Rafaela Del Castanhel Miranda. - 2024.
131 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Marcela Correa Martins Amaral; co orientadora Dra. Eliane Gonçalves.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Ciências Sociais (FCS), Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Goiânia, 2024.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, fotografias, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. violência obstétrica. 2. mulher negra. 3. racismo. 4. interseccionalidade. I. Amaral, Marcela Correa Martins, orient. II. Título.

CDU 316



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 2 da sessão de Defesa de Dissertação de **Rafaela Del Castanhel Miranda**, que confere o título de Mestra em Sociologia, na área de concentração em **Sociedade, Política e Cultura**.

Aos **trinta dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e quatro**, a partir da(s) **18:30**, por **videoconferência no Google Meet**, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada **O PARTO ALÉM DO GÊNERO: a violência obstétrica contra mulheres negras em uma perspectiva interseccional**. Os trabalhos foram instalados pela Orientadora, Professora Doutora **Marcela Correa Martins Amaral (FCS/PPGS/UFG)** com a participação das demais integrantes da Banca Examinadora: Professora Doutora **Cristiane Cordeiro da Silva Delfino (SEDES-DF)**, integrante titular externa e Professora Doutora **Eliane Gonçalves (FCS/PPGS/UFG)**, integrante titular interna. Durante a arguição as integrantes da banca **não fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão reservada a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata **APROVADA** pelas suas integrantes. Proclamados os resultados pela Professora Doutora **Marcela Correa Martins Amaral**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Marcela Correa Martins Amaral, Professor do Magistério Superior**, em 20/09/2024, às 10:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eliane Goncalves, Professor do Magistério Superior**, em 20/09/2024, às 15:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane Cordeiro da Silva Delfino, Usuário Externo**, em 23/09/2024, às 16:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4841799** e o código CRC **09CDECE6**.

Referência: Processo nº 23070.038002/2024-29

SEI nº 4841799

Dedico com todo meu amor e carinho à minha
avó Edna Cristina Santana da Costa Miranda.

AGRADECIMENTOS

Com imensa gratidão, dedico esta seção a todos aqueles que contribuíram para a realização desta dissertação.

Agradeço profundamente à minha mãe Anita e ao meu pai Edson pelo amor, apoio e incentivo. A paciência e compreensão demonstradas por vocês foram essenciais para que eu pudesse superar os desafios e continuar perseguindo meus objetivos. Vocês sempre acreditaram no meu potencial, mesmo nos momentos em que eu duvidava de mim mesma. Meu amor por vocês é daqui até a lua ida e volta.

À minha orientadora Marcela manifesto minha sincera gratidão por sua orientação e paciência ao longo desta jornada. Suas sugestões foram fundamentais para a construção e aprimoramento deste estudo. A sua capacidade de enxergar além dos detalhes e me guiar em direção a uma visão mais ampla e profunda do tema foram imprescindíveis para o desenvolvimento desta pesquisa. Agradeço, de coração, por todo o apoio e pela confiança depositada em mim.

Aos meus colegas do programa de pós-graduação expresse minha profunda gratidão pela amizade, colaboração e troca de ideias que enriqueceram significativamente este percurso. Foi um privilégio compartilhar esta jornada com vocês, repleta de momentos de aprendizado e crescimento mútuo. A camaradagem e o espírito de cooperação que encontrei em nosso grupo foram essenciais para enfrentar os desafios e as demandas do curso. Além disso, a amizade e o apoio emocional que compartilhamos foi fundamental para que eu chegasse até aqui. Cada um de vocês contribuiu de maneira única para esta experiência, e sou profundamente grata por isso.

Aos professores do programa agradeço pelos ensinamentos, apoio e pelas valiosas contribuições que tanto enriqueceram meu aprendizado e desenvolvimento acadêmico. As aulas inspiradoras e os debates estimulantes não apenas ampliaram meus conhecimentos, mas também me motivaram a explorar novas perspectivas e a me aprofundar nas questões mais complexas da minha área de estudo. Sou imensamente grata pelo apoio constante e pelo ambiente acadêmico enriquecedor que vocês proporcionaram.

Às professoras Eliane e Cristiane agradeço imensamente pelas sugestões valiosas que ajudaram a aprimorar esta pesquisa. Suas críticas construtivas e orientações foram essenciais para a finalização deste trabalho.

Também gostaria de expressar minha profunda gratidão às mulheres que participaram desta pesquisa. Sei que revisitar essas experiências não foi fácil, e admiro profundamente a coragem e a generosidade de cada uma de vocês. Suas histórias enriqueceram esta dissertação e trazem à luz questões cruciais muitas vezes negligenciadas. Espero que este trabalho honre suas vozes e contribua para a promoção de práticas obstétricas mais justas e humanizadas para todas as mulheres negras.

A todos vocês, meus mais sinceros agradecimentos.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	13
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	14
RESUMO.....	15
RESUMEN.....	16
ABSTRACT.....	17
INTRODUÇÃO.....	18
PERCURSOS METODOLÓGICOS.....	21
CAPÍTULO I.....	27
1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ASPECTOS CONCEITUAIS E A HISTÓRIA DA OBSTETRÍCIA COMO PANO DE FUNDO	
1.1 <i>As origens do termo Violência: raízes históricas e contextos sociais.....</i>	28
1.2 <i>Violência contra a mulher: origens e definições.....</i>	31
1.3 <i>Violência obstétrica: conceitos e evidências.....</i>	34
1.4 <i>Entre passado e presente: a obstetrícia na encruzilhada da violência obstétrica..</i>	42
CAPÍTULO II.....	50
2 DESAFIOS DA MATERNIDADE NEGRA: O RACISMO OBSTÉTRICO E POLÍTICAS DE RESISTÊNCIA	
2.1 <i>A construção social do corpo.....</i>	51
2.2 <i>O corpo negro como “outro”.....</i>	56
2.3 <i>O corpo feminino negro: a visão científica e social desumanizadora.....</i>	60
2.4 <i>Racismo obstétrico: a interseccionalidade de raça e gênero.....</i>	66
2.5 <i>A luta para a garantia dos direitos reprodutivos da mulher negra no Brasil.....</i>	76
2.6 <i>Desbravando novos caminhos: justiça reprodutiva para mulheres negras.....</i>	80
CAPÍTULO III.....	84
3 A TRAJETÓRIA DA PESQUISA E AS NARRATIVAS DE PARTO DE MULHERES NEGRAS	
3.1 <i>Delineamento do estudo</i>	85
3.2 <i>Debate ético: a discussão da violência com mulheres negras.....</i>	87
3.3 <i>Delineamento das participantes.....</i>	87

<i>3.4 Análise das perguntas norteadoras da pesquisa.....</i>	<i>92</i>
<i>3.5 "Você poderia fazer um breve relato da sua experiência de parto?"</i>	<i>93</i>
<i>3.5.1 A trajetória do parto: entre esperanças e traumas.....</i>	<i>93</i>
<i>3.5.2 Negação da autonomia e desrespeito às vontades e queixas.....</i>	<i>95</i>
<i>3.5.3 Intervenções desnecessárias e violentas.....</i>	<i>99</i>
<i>3.6 "Conte qual foi o episódio de racismo que marcou sua experiência de gestação, parto ou pós-parto?"</i>	<i>101</i>
<i>3.6.1 Estereótipos e desumanização.....</i>	<i>101</i>
<i>3.6.2 Microagressões e violências verbais.....</i>	<i>104</i>
<i>3.6.3 Peregrinação hospitalar.....</i>	<i>105</i>
<i>3.6.4 A não percepção do racismo.....</i>	<i>106</i>
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICE I.....	122
APÊNDICE II.....	125
ANEXO I.....	127

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS:

Quadro 1-Mapa da Pesquisa.....	21
Quadro 2 - Identificação das participantes.....	25
Quadro 3- Categorias de violência obstétrica, direitos e exemplos.....	35
Quadro 4 -Categorias de intervenções durante o processo de parto.....	39
Quadro 5 -Experiência das participantes	91

FIGURAS:

Figura 1 - <i>Instagram</i> da pesquisa.....	86
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPD - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

MS - Ministério da Saúde

ONU - Organização Nacional das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial da Saúde

REHUNA - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento

SPM - Secretária de Políticas para as Mulheres

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentido Livre e Esclarecido

VO - Violência Obstétrica

RESUMO

Esta dissertação propõe refletir sobre a violência obstétrica contra mulheres negras no Brasil a partir da lente da interseccionalidade entre gênero e raça. Ao investigar essa complexa relação, busca-se compreender como as dinâmicas de poder e discriminação se manifestam de maneira específica para mulheres negras durante a gravidez, o parto e o pós-parto. A pesquisa pretende evidenciar que a violência obstétrica não é apenas uma questão de gênero, mas também é profundamente marcada pelo racismo. O objetivo principal é analisar como a violência obstétrica afeta desproporcionalmente as mulheres negras. Na pesquisa, a interseccionalidade é usada como uma categoria de análise para destacar como as identidades de gênero e raça interagem e se sobrepõem, resultando em experiências únicas de opressão, evidenciada nos relatos coletados por meio de questionários, onde mulheres negras compartilham suas experiências de gestação, parto e puerpério. Além disso, o estudo buscará contextualizar historicamente a violência obstétrica, explorando como práticas discriminatórias têm raízes profundas na história da medicina e da sociedade, perpetuando desigualdades até os dias atuais. Ao trazer à tona essas questões, espera-se contribuir para a conscientização e a promoção de práticas obstétricas mais justas e humanizadas que respeitem a dignidade e os direitos das mulheres negras.

Palavras-chave: violência obstétrica; mulher negra; racismo; interseccionalidade.

RESUMEN

Esta disertación propone reflexionar sobre la violencia obstétrica contra mujeres negras en Brasil, desde la lente de la interseccionalidad entre género y raza. Al investigar esta compleja relación, se busca comprender cómo se manifiestan las dinámicas de poder y discriminación de manera específica para mujeres negras durante el embarazo, el parto y el posparto. La investigación pretende evidenciar que la violencia obstétrica no es solo una cuestión de género, sino que también está profundamente marcada por el racismo. El objetivo principal es analizar cómo la violencia obstétrica afecta desproporcionadamente a las mujeres negras. En la investigación, la interseccionalidad se utiliza como un marco teórico para resaltar cómo las identidades de género y raza interactúan y se superponen, resultando en experiencias únicas de opresión, como se evidencia en los relatos recopilados a través de cuestionarios, donde mujeres negras comparten sus experiencias de gestación, parto y posparto. Además, el estudio buscará contextualizar históricamente la violencia obstétrica, explorando cómo las prácticas discriminatorias tienen raíces profundas en la historia de la medicina y la sociedad, perpetuando desigualdades hasta la actualidad. Al plantear estas cuestiones, se espera contribuir a la concienciación y promoción de prácticas obstétricas más justas y humanizadas, que respeten la dignidad y los derechos de las mujeres negras.

Palabras clave: violencia obstétrica; mujer negra; racismo; interseccionalidad.

ABSTRACT

This dissertation proposes to reflect on obstetric violence against Black women in Brazil, from the perspective of intersectionality between gender and race. By investigating this complex relationship, we seek to understand how power dynamics and discrimination manifest in specific ways for Black women during pregnancy, childbirth, and postpartum. The research aims to demonstrate that obstetric violence is not just a gender issue but is also profoundly marked by racism. The main objective is to analyze how obstetric violence disproportionately affects Black women. In the research, intersectionality is used as a category of analysis to highlight how gender and race identities interact and overlap, resulting in unique experiences of oppression, as evidenced in the accounts collected through questionnaires, where black women share their experiences of pregnancy, childbirth, and the postpartum period. Additionally, the study will seek to historically contextualize obstetric violence, exploring how discriminatory practices have deep roots in the history of medicine and society, perpetuating inequalities to this day. By bringing these issues to light, we hope to contribute to awareness and the promotion of more fair and humane obstetric practices that respect the dignity and rights of Black women.

Keywords: obstetric violence; black women; racism; intersectionality.

INTRODUÇÃO

Durante minha trajetória acadêmica na graduação de Direito, deparei-me com uma questão que despertou meu interesse e senso de responsabilidade social: a necessidade de produzir conhecimento que não apenas enriquecesse a academia, mas também fosse revertido para benefício da sociedade como um todo. Nesse contexto, iniciei minha pesquisa sobre violência obstétrica, partindo da concepção que o termo violência obstétrica é utilizado para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional (Tesser *et. al.*, 2015, p. 2).

Foi nesse período de elaboração do trabalho final de conclusão de curso que iniciei minhas primeiras investigações sobre o assunto, motivada pela necessidade urgente de discutir e entender melhor essa forma de violência que afeta tantas mulheres. No entanto, logo enfrentei um desafio significativo: fui desencorajada a continuar com a pesquisa devido à ausência de uma lei de vigência nacional que abordasse explicitamente a violência obstétrica. A falta de um arcabouço legal específico foi apresentada como um obstáculo, questionando a relevância e a viabilidade da minha investigação.

Apesar desse desencorajamento inicial, resolvi focar exatamente naquilo que me foi questionado – a ausência de uma legislação nacional específica sobre a violência obstétrica, desenvolvendo, assim, minha monografia de final de curso intitulada *Ventres sem lei: uma análise comparativa entre o amparo legal às mulheres gestantes e parturientes no Brasil e em países da América do Sul*. Essa abordagem não apenas justificou a importância de se estudar o tema, mas também lançou luz sobre a necessidade de reconhecer e regulamentar essa forma de violência no âmbito jurídico nacional. Durante o desenvolvimento da pesquisa, percebi que a falta de uma lei não diminuía a gravidade do problema; pelo contrário, evidenciava ainda mais a urgência de se discutir e enfrentar a violência obstétrica de maneira abrangente e inclusiva.

Com essa inquietação decidi aprofundar meus estudos, deparei-me com uma dimensão adicional e crucial do problema, a condição da mulher negra na violência obstétrica. Mulheres negras, além de enfrentarem as formas comuns de violência obstétrica, sofrem desproporcionalmente devido ao racismo estrutural e aos estereótipos raciais que permeiam a sociedade e o sistema de saúde. De acordo com Diniz e Chacham (2002), as puérperas negras correm maior ameaça de terem um pré-natal inadequado, com menos orientações sobre o início de trabalho de parto, sobre riscos e complicações na gravidez ou até mesmo um menor número de consultas e menos exames de ultrassonografia em comparação com as puérperas

de cor branca. Um cenário problemático onde mulheres negras em período gravídico puerperal são constantemente violentadas nos serviços de saúde, sendo evidenciado como um dos exemplos claros da operação do racismo obstétrico institucionalizado.

Analisando o contexto histórico construído sobre os corpos de mulheres negras, podemos observar o caso de James Marion Sims, considerado “pai da ginecologia moderna”, onde mulheres negras escravizadas foram submetidas a situações cruéis e desumanas à luz deste mito de resistência à dor. De acordo com Hoffman *et al.* (2016), a disparidade no uso de analgesia entre grupos raciais pode estar relacionada a percepções sociais que se fundamentam na suposta existência de profundas diferenças biológicas inerentes entre pessoas brancas e negras.

Este mito de que a mulher negra é mais resistente à dor é um grande exemplo de como as marcas da escravização se perpetuaram no imaginário social e podem ser ligadas diretamente às formas que a violência obstétrica assume atualmente no Brasil. Portanto, pesquisas e políticas com o recorte racial são de extrema relevância para que se possa compreender os agravantes da violência obstétrica no Brasil, e, principalmente, desenvolver estratégias de enfrentamento antirracistas e efetivação de justiça reprodutiva.

Essa descoberta ampliou o foco da minha pesquisa, levando-me a explorar como as dinâmicas de poder e discriminação se manifestam de maneira específica para mulheres negras durante a gravidez, o parto e o puerpério.

Pretendo, neste estudo, demonstrar como a violência obstétrica relacionada às mulheres negras faz com que essas mulheres vivenciem com maior intensidade as mais variadas manifestações de preconceitos e violência, mesmo num momento tão cheio de simbolismo como a gravidez. O objetivo principal desta dissertação é analisar como a violência obstétrica afeta desproporcionalmente as mulheres negras. Para isso, a interseccionalidade será utilizada para destacar como as identidades de gênero e raça interagem e se sobrepõem, resultando em experiências únicas de opressão. A interseccionalidade será analisada partindo do ponto que ela é uma ferramenta que nos permite enxergar a colisão das estruturas e a interação simultânea das avenidas identitárias (Akotirene, 2022, p. 19).

Nesse sentido, com base nessa contextualização, esta dissertação de mestrado está estruturada em capítulos, sendo o primeiro intitulado “Violência Obstétrica: Aspectos Conceituais e a História da Obstetrícia como Pano de Fundo”. Busco compreender a questão da violência sob a perspectiva das pesquisadoras Minayo (2006) e Chauí (1985), a questão da violência contra a mulher analisando o discurso de gênero, e a violência obstétrica analisando

seus aspectos conceituais. A história da obstetrícia também será analisada, demonstrando como certas práticas obstétricas foram moldadas e como as relações de poder entre médicos, parteiras e mulheres se estabeleceram, influenciando as práticas atuais e perpetuando formas de violência obstétrica. Essa abordagem proporciona uma visão mais ampla e contextualizada do fenômeno complexo da violência obstétrica.

No segundo capítulo, intitulado “Desafios da Maternidade Negra: O Racismo Obstétrico e Políticas de Resistência”, é analisada a construção do corpo das mulheres negras em contextos históricos, sociais e culturais, entendendo, assim, que esse corpo foi marcado por estereótipos, discriminação e marginalização, tornando-as vulneráveis a violência obstétrica e negligência médica. Além de analisar por um olhar de interseccionalidade entre raça e gênero para compreender como a violência obstétrica atua no corpo da mulher negra de forma mais potencializada e violenta, também será abordado como essa violência desencadeou em movimentos de luta por direitos reprodutivos das mulheres negras.

A discussão das informações coletadas se dará no terceiro capítulo, “A Trajetória da Pesquisa e as Narrativas de Parto de Mulheres Negras”, onde busco descrever as narrativas de partos de mulheres negras coletadas por meio de questionário, enfatizando como o elemento raça é um fator determinante de como a violência obstétrica pode transformar a experiência de parto em algo violento e traumático.

Finalizando, elaboro as considerações finais, que abrangem as observações após o término da pesquisa demonstrando como o racismo incide sobre a violência obstétrica além do seu fator de violência de gênero, impactando negativamente a experiência de gestação e parto de mulheres negras. Além disso, para fortalecer a argumentação e embasar as conclusões desta dissertação, apresento as referências da literatura científica que sustentam esta pesquisa, bem como a documentação de suporte, ambas constantes nos “Apêndices” e no “Anexo”.

PERCURSOS METODOLÓGICOS

No que se refere aos percursos metodológicos, trata-se de fato da missão de apresentar a trilha pela qual, como pesquisadora e cientista, percorri ao longo da pesquisa. É certo que parte dessa trilha tem início nas minhas inquietações e perguntas que habitam o meu pensamento quando colocado frente ao tema de estudo. O primeiro passo dado tem a ver com a curiosidade de entender os problemas que me provocam em diferentes dimensões.

Como um exercício de tentar olhar a pesquisa como um todo é que apresento o quadro abaixo com a descrição das perguntas, objetivos e estratégias, teóricas e metodológicas, que direcionaram este trabalho.

Quadro 1 - Mapa da pesquisa

Questões	Objetivos	Estratégias
<p><i>Questão principal:</i></p> <p>Como a violência obstétrica afeta desproporcionalmente as mulheres negras?</p>	<p><i>Objetivo principal:</i></p> <p>Compreender como as mulheres negras são afetadas desproporcionalmente pela violência obstétrica.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Revisão bibliográfica.• Analisar os dados sobre violência obstétrica contra mulheres negras.• Questionário aplicado às mulheres negras vítimas de violência obstétrica.
<p><i>Questão específica:</i></p> <p>Como a interseccionalidade de gênero e raça interagem e se sobrepõem, resultando em experiências únicas de opressão na violência obstétrica?</p> <p>Como as participantes da pesquisa perceberam o racismo no contexto da violência obstétrica?</p>	<p><i>Objetivos específicos:</i></p> <p>Analisar como a interseccionalidade de raça e gênero resulta em experiências únicas de opressão na violência obstétrica.</p> <p>Analisar como as participantes da pesquisa perceberam o racismo no contexto da violência obstétrica.</p>	<p><i>Pesquisa Documental:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Levantamento das normativas do Ministério da Saúde (OMS).• Cartilha: <i>Guia de defesa popular da justiça reprodutiva</i> (2020).• Cartilha: <i>Violência obstétrica em pessoas negras</i> (2022).• <i>Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento.</i>

Fonte: elaborado pela autora (2024).

Considerando a problemática e objetivos apresentados, a natureza desta pesquisa será qualitativa. Sendo assim, a pesquisa buscou se preocupar com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, de motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes (Minayo, 2001, p. 22). Além disso, é importante destacar que o olhar crítico adotado para analisar a violência obstétrica, alinhado com a perspectiva feminista, inclui tanto a minha própria postura crítica em relação à neutralidade científica quanto o diálogo com feministas negras. Essas interações, ao trazerem a interseccionalidade à tona, possibilitaram uma análise do fenômeno da violência obstétrica a partir dos determinantes de raça e gênero.

De início, tenho me dedicado a um levantamento bibliográfico que abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo (Lakatos, 2003, p. 183). Esse levantamento consiste na identificação e organização das publicações sobre a violência obstétrica em bases de dados do Ministério da Saúde e em artigos da área de ciências sociais e saúde.

Esse processo de revisão bibliográfica foi planejado e executado para garantir que as fontes relevantes e atualizadas fossem incluídas. As bases de dados do Ministério da Saúde forneceram uma vasta gama de documentos oficiais, relatórios e estudos que ofereceram uma visão abrangente das políticas, práticas e estatísticas relacionadas à violência obstétrica no Brasil. Complementarmente, os artigos das ciências sociais e da saúde colaboraram nas análises teóricas e empíricas que ajudam a contextualizar e aprofundar a compreensão desse fenômeno.

A revisão bibliográfica buscou especificamente compreender como a interseccionalidade entre raça e gênero contribui para uma análise mais profunda do impacto da violência obstétrica na vida das mulheres negras. Esse enfoque interseccional é essencial ao considerar as múltiplas dimensões da identidade, como raça, gênero e classe social (Collins, 2021), permitindo, assim, revelar as múltiplas camadas de opressão e discriminação que afetam essas mulheres, destacando nesta pesquisa como as experiências de violência obstétrica são moldadas por fatores raciais e de gênero.

A análise das publicações identificadas revelou que a violência obstétrica contra mulheres negras é frequentemente exacerbada por preconceitos e estereótipos raciais, além de uma desvalorização sistemática das queixas e necessidades dessas mulheres no contexto de saúde. Estudos mostraram que mulheres negras são mais propensas a receber cuidados inadequados, enfrentar negligência e sofrer abusos verbais e físicos durante o parto. Essa

situação é agravada pela interseção de raça e gênero, que coloca essas mulheres em uma posição de vulnerabilidade ainda maior.

Portanto, esse levantamento bibliográfico não apenas consolida o conhecimento existente sobre a violência obstétrica, mas também destaca a importância de uma abordagem interseccional para entender plenamente o impacto dessa violência.

Além das referências acadêmicas das ciências sociais e humanas em saúde, a complexidade dos fenômenos em estudo nos leva também à realização de uma pesquisa documental que consiste na coleta de dados que está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias (Lakatos, 2003, p. 174). A pesquisa documental permite um aprofundamento na análise de textos, relatórios, registros oficiais, correspondências, entre outros tipos de documentação que fornecem informações relevantes e detalhadas sobre o tema.

Esse tipo de pesquisa foi essencial para compreender melhor a violência obstétrica contra mulheres negras, pois permitiu acesso direto a registros históricos, legislativos e institucionais que revelaram padrões, práticas e discursos que perpetuam essa forma de violência. Sendo assim, foram reunidas informações de convenções internacionais, leis de regulamentação referente a violência obstétrica, seja essas leis nacionais ou internacionais e cartilhas como o *Guia de defesa popular da justiça reprodutiva* (2020) que tem como objetivo contribuir com o acesso à informação sobre os direitos reprodutivos ou denunciar violações a eles.

Essa abordagem permitiu uma compreensão mais profunda e detalhada da violência obstétrica contra mulheres negras, revelando não apenas as manifestações dessa violência, mas também os mecanismos institucionais e legais que a perpetuam.

No segundo momento, foi utilizada a técnica de investigação por meio da aplicação de um questionário, que funcionou como um instrumento de coleta de dados. Esse questionário consistia em uma série ordenada de perguntas a serem respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador (Lakatos, 2003, p. 201). A técnica, composta por um conjunto de questões, foi direcionada a pessoas com o objetivo de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamentos presentes ou passados, entre outros aspectos (Gil, 1999, p. 121). Sendo assim, o questionário teve como objetivo obter informações sobre como a violência obstétrica afeta desproporcionalmente as mulheres negras a partir de suas narrativas e histórias.

O objetivo principal do questionário foi obter informações detalhadas sobre como a violência obstétrica afeta desproporcionalmente as mulheres negras a partir de suas narrativas

e histórias pessoais. Essa abordagem permitiu que as participantes compartilhassem suas experiências de forma direta e genuína, fornecendo uma visão profunda das consequências dessa violência em suas vidas.

A elaboração do questionário foi cuidadosamente planejada para cobrir diversos aspectos da violência obstétrica. Foram incluídas quatro tipos de perguntas: abertas, de múltipla escolha, de estimação ou avaliação, e de fato. As perguntas abertas permitem respostas livres e opinativas. As perguntas de múltipla escolha oferecem várias opções de resposta. As perguntas de estimação ou avaliação utilizam escalas de intensidade para julgamentos. As perguntas de fato abordam dados objetivos e concretos, como idade, sexo, profissão, domicílio, estado civil ou conjugal, e religião (Lakatos, 2003).

Os tópicos abordados no questionário incluíram questões sobre a experiência de parto, a identificação da violência obstétrica e a identificação do racismo durante o contexto da gestação e parto, sendo possível entender como a interseccionalidade de raça e gênero influenciou as experiências das mulheres negras com a violência obstétrica, explorando como esses fatores contribuíram para a discriminação e o abuso que enfrentaram.

Esse questionário foi respondido por 15 mulheres, com idade superior a 18 anos, que se autodeclararam negras (pretas ou pardas) e brancas, e que foram vítimas de violência obstétrica. Das 15 participantes iniciais, 3 foram excluídas da pesquisa. Dentre essas exclusões, 2 eram participantes brancas que, ao serem avaliadas, não atendiam plenamente aos critérios estabelecidos para o estudo. Além disso, 1 relato foi descartado por tratar-se de uma terceira pessoa, o que não correspondeu aos requisitos de experiência direta e pessoal necessários para a análise detalhada pretendida. A exclusão dessas participantes foi necessária para manter a integridade e a consistência metodológica da pesquisa, que foca especificamente na interseccionalidade entre raça e gênero na experiência da violência obstétrica entre mulheres negras. Com as 12 participantes restantes, todas autodeclaradas negras (pretas ou pardas), a pesquisa buscou explorar profundamente as nuances e especificidades dessas experiências, garantindo que as respostas coletadas fossem representativas e relevantes para os objetivos do estudo.

O local de aplicação do questionário não foi definido, pois os relatos foram coletados de mulheres de todas as regiões do Brasil. Para isso, o questionário foi divulgado através de um perfil no *Instagram* (@racismoobstetrico),¹ que foi criado com o objetivo de divulgar a pesquisa sobre violência obstétrica e buscar possíveis colaboradoras para o estudo. Nessa página, essas mulheres acessaram o questionário de participação no link disponível na

¹ Link do perfil no *Instagram*: <https://www.instagram.com/racismoobstetrico?igsh=NDIqYjI3MzNiMXpz>.

biografia da página. A coleta do questionário foi feita através do questionário GOOGLE FORMS,² onde as mulheres interessadas na pesquisa preencheram as informações solicitadas através do questionário disponibilizado referente às questões de sua vivência na gestação e parto.

A aplicação do questionário sem a presença da entrevistadora foi uma escolha metodológica importante. Esse formato garantiu que as participantes pudessem responder de forma confidencial e sem constrangimentos, o que é crucial ao lidar com um tema sensível como a violência obstétrica. Além disso, esse método permitiu alcançar um grupo mais amplo e diversificado de participantes, possibilitando uma coleta de dados mais abrangente e representativa.

Para a melhor identificação dessas participantes, foi elaborado um quadro contendo 6 das 14 perguntas presentes no questionário que permite traçar um panorama detalhado das características das mulheres envolvidas na pesquisa, proporcionando uma visão abrangente de quem são essas mulheres e das suas experiências.

Quadro 2 - Identificação das participantes

Participantes	Idade	Estado civil	Orientação sexual	Raça/cor	Filhos	Experiência de abortamento
Participante 1	20 a 25 anos	Solteira	Heterossexual	Negra	Não	Sim
Participante 2	Mais de 40 anos	Casada	Prefiro não informar	Branca	3	Não
Participante 3	30 a 40 anos	Casada	Bissexual	Negra	2	Não
Participante 4	20 a 30 anos	Casada	Heterossexual	Branca	Não	Não
Participante 5	Mais de 40 anos	Casada	Heterossexual	Negra	1	Não
Participante 6	25 a 30 anos	Solteira	Heterossexual	Negra	1	Não
Participante 7	30 a 35 anos	Solteira	Bissexual	Negra	1	Não

²Link do questionário: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdwaXqy9dRrpzDZKGbgFj3-sadAxQaOpcsUC4jTQcFq19MDuQ/viewform?fbclid=PAZXh0bgNhZW0CMTEAAabhpXUOkoInS-kX82NgFJAxidP8VplsrUE3JiLfedYKeK_GP5_0ViwprRM_aem_ATGYxpl592AEB2CQeSkMaypl0sTfx8n9hpVfh2D4tPyFddNpk1G38Izd5CHrPaELgfnaaxnSFEsl54_Uo5hUGYw.

Participante 8	20 a 25 anos	Solteira	Heterossexual	Negra	2	Não
Participante 9	35 a 40 anos	Divorciada	Heterossexual	Negra	1	Não
Participante 10	25 a 30 anos	Casada	Heterossexual	Negra	1	Não
Participante 11	30 a 35 anos	Solteira	Heterossexual	Negra	1	Não
Participante 12	25 a 30 anos	Solteira	Bissexual	Negra	1	Não
Participante 13	35 a 40 anos	Solteira	Heterossexual	Negra	1	Prefiro não informar
Participante 14	35 a 40 anos	Divorciada	Heterossexual	Negra	1	Não
Participante 15	25 a 30 anos	Casada	Heterossexual	Negra	1	Prefiro não informar

Fonte: elaborado pela autora (2024).

As informações obtidas através dos questionários foram essenciais para a análise do estudo. As narrativas e histórias pessoais revelaram padrões de violência obstétrica que muitas vezes não são capturados por outras formas de pesquisa. Em conclusão, a aplicação do questionário como técnica de investigação foi crucial para entender a complexidade da violência obstétrica contra mulheres negras. A partir das respostas obtidas, foi possível construir um retrato detalhado e sensível dessas experiências.

CAPÍTULO I

*Mais um parto como os outros
Quem decide é o doutor
A gestante não opina
Só aceita a sua dor
(Eskröta - Episiotomia)*

1. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ASPECTOS CONCEITUAIS E A HISTÓRIA DA OBSTETRÍCIA COMO PANO DE FUNDO

Para compreendermos integralmente a questão da violência obstétrica é essencial aprofundarmos a análise dos aspectos conceituais da violência e os aspectos históricos da obstetrícia. Uma abordagem que considere esses dois elementos nos proporciona uma visão mais ampla e contextualizada desse fenômeno complexo.

Primeiramente, é crucial entender o conceito de violência em si. A violência pode assumir diferentes formas, indo além das agressões físicas evidentes, e incluindo também aspectos psicológicos, emocionais e estruturais. Na assistência obstétrica, a violência pode se manifestar de diversas maneiras, desde o desrespeito à autonomia da mulher e à sua integridade física e emocional, até a imposição de procedimentos invasivos sem consentimento informado ou necessidade médica.

Além disso, é fundamental explorar os aspectos históricos da obstetrícia para compreender como determinadas práticas e visões em relação ao parto e ao nascimento foram moldadas ao longo do tempo. A história da obstetrícia está marcada por períodos em que as mulheres tiveram pouco ou nenhum controle sobre seus corpos e processos reprodutivos.

Ao analisarmos os aspectos históricos da obstetrícia, também podemos entender como certos modelos de assistência ao parto foram desenvolvidos e como as relações de poder entre médicos, parteiras e mulheres foram estabelecidas ao longo do tempo. Essa análise nos ajuda a compreender os contextos culturais, sociais e políticos que influenciam as práticas obstétricas atuais e contribuem para a perpetuação de formas de violência obstétrica.

Portanto, essa abordagem nos permite uma visão mais completa e contextualizada desse evento complexo que é a violência obstétrica.

1.1 *As origens do termo violência: raízes históricas e contextos sociais*

Na sociologia clássica, a violência, o controle social e o Estado se entrelaçam como peças centrais na compreensão da ordem social. Nessa perspectiva, o Estado é visto como órgão central de controle, detendo o monopólio legítimo da violência para aplacar desordens sociais e ameaças à propriedade (Bandeira, 2014, p. 450).

Maria Stela Grossi Porto (2015) desenha um panorama em que a violência foi conceituada, desde suas raízes históricas até as suas manifestações contemporâneas. A autora destaca a importância de compreender a violência como um fenômeno social complexo e multifacetado, que se interliga com diversas outras dimensões da vida social, como a desigualdade, a exclusão social e as relações de poder.

O fato de, até há pouco tempo, a violência não ter sido nomeada como tal: manifestações violentas eram assumidas como formas rotineiras de regulamentação das relações sociais; eram, além do mais, consideradas, algumas delas, como fenômenos de caráter privado, não sujeitas ao controle público, a exemplo de manifestações de violência ocorridas no âmbito doméstico. Contexto que retardou, por assim dizer, a possibilidade de inserir a violência no rol das categorias explicativas da realidade: o fenômeno não estava todavia construído como objeto de investigação; a sociedade não se espelhava a partir de categorias como a violência; a violência não era nomeada como tal, dificultando sua constituição como objeto sociológico (Porto, 2015, p. 26).

Porto (2015) também analisa dois movimentos aparentemente opostos que entendiam a violência. O primeiro via a violência como uma ferramenta de resolução de conflitos onde segmentos sociais específicos recorrem cada vez mais à violência, desafiando o monopólio estatal da força, além da descentralização do monopólio da violência, onde ela se expande da esfera estatal para a sociedade civil, representando uma desconcentração desse poder. O segundo movimento tinha como premissa a rejeição à violência antes normalizada. Surge uma maior sensibilidade social, recusando a legitimidade de atos violentos antes considerados “normais”.

Ao pensar em violência, é possível observar que ela é um fenômeno que está profundamente enraizado na história da humanidade, sendo observada em todas as sociedades ao longo dos tempos. É crucial compreender que a violência não ocorre de forma isolada, ao contrário, é um fenômeno de grande magnitude que permeia diferentes esferas da vida social, política e cultural.

A natureza da violência é multifacetada e pode se manifestar de várias formas, incluindo violência física, psicológica, emocional, econômica e estrutural. Ela pode ocorrer em diferentes contextos, como dentro do ambiente familiar, em instituições, durante conflitos armados, e até mesmo nos sistemas de saúde.

A violência está enraizada em estruturas de poder desiguais, sistemas de opressão e desigualdades sociais. Fatores como gênero, raça, classe social, orientação sexual e idade desempenham papéis significativos na determinação dos padrões e das formas de violência que as pessoas enfrentam.

Além disso, é importante reconhecer que a violência pode ser perpetuada por indivíduos, grupos, instituições e até mesmo por sistemas sociais e políticos. Ela pode ser tanto explícita quanto velada, manifestando-se de maneiras sutis ou evidentes.

Conforme apontado por Minayo, a violência não pode ser compreendida como uma entidade única, mas sim como um fenômeno multifacetado e complexo. A etimologia da palavra *violência*, de origem latina, deriva de *vis*, que significa força e remete às ideias de constrangimento e uso da superioridade física sobre outrem (Minayo, 2006, p. 13).

Ao longo do tempo, as formas e manifestações de violência têm evoluído e se adaptado às dinâmicas sociais, evidenciando sua natureza multifacetada e em constante transformação. Seja no âmbito individual, interpessoal, comunitário ou institucional, a violência se manifesta de maneiras variadas, influenciada por questões culturais, estruturais, econômicas e psicossociais.

Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes ou por aparatos legais da sociedade. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais e circunstâncias – realidades muito diferentes. Há violências toleradas e há violências condenadas (Minayo, 2006, p. 13).

A Organização Mundial da Saúde define violência como

o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. A definição utilizada pela Organização Mundial da Saúde associa intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido. Os incidentes não intencionais – tais como a maioria das lesões de trânsito e queimaduras acidentais – estão excluídos da definição (OMS, 2002, p. 5).

Devido à sua natureza ampla e complexa, a violência apresenta diversas formas de expressão, as quais a OMS classifica em três principais categorias, de acordo com o agressor: violência autoinfligida, interpessoal e coletiva. Esta última é subdividida em violência social, econômica e política (OMS, 2002).

De acordo com Marilena Chauí (1985, p. 35), a violência pode ser conceituada por dois ângulos:

Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração e opressão. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência.

Nessa perspectiva proposta por Chauí, a violência é interpretada como uma transgressão do direito fundamental à liberdade, evidenciando uma dinâmica de poder na qual a dominação se contrapõe à desumanização do sujeito.

Essa compreensão profunda da violência sugere que ela não é apenas uma manifestação de agressão física ou verbal, mas também uma forma de negação da liberdade individual e da dignidade humana. Na relação entre o agressor e a vítima, há uma imposição de vontade, uma supremacia que anula a capacidade de escolha e autonomia do outro.

Além disso, a ideia de “coisificação do sujeito”, analisada por Chauí (1985), ressalta como a vítima é tratada como objeto, desprovida de sua humanidade e reduzida a um mero instrumento nas mãos do agressor. Esse processo de despersonalização intensifica a violação dos direitos básicos e perpetua a desigualdade e a injustiça.

Sendo assim, Chauí (1985) descreve a violência como a transformação de uma diferença em uma relação hierárquica, visando dominar e explorar. Nesse contexto, a violência emerge quando um ser humano é relegado à condição de objeto, privado de sua subjetividade.

Considerando a complexidade e abrangência do conceito de violência, torna-se imperativo, para os propósitos desta pesquisa, delimitar um recorte específico que se concentre na violência contra a mulher, sendo abordada dentro do contexto da violência de gênero.

1.2 *Violência contra a mulher: origens e definições*

A violência contra a mulher é um fenômeno sério e abrangente que se apresenta em várias modalidades. Ela está presente em todos os estratos sociais, impactando mulheres de diferentes idades, etnias, religiões e classes socioeconômicas.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará (1994), define em seu artigo 1º a violência contra a mulher como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. A definição é, portanto, abrangente e engloba uma variedade de formas de violência contra as mulheres, tais como: “A violência doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher, compreendendo, entre outras, as violências física, psicológica, sexual, moral e patrimonial” (Lei nº 11.340/2006).

A violência ocorrida na comunidade e que seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar;

A violência perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (violência institucional) (SPM, 2011, p. 19).

A compreensão da violência contra as mulheres requer a análise da dimensão de gênero, que envolve a construção social, política e cultural das masculinidades e feminilidades, a lógica binária que estrutura práticas e ordenamentos cotidianos, bem como as relações entre homens e mulheres.

Ao abordarmos a violência contra a mulher, nos deparamos com um vasto universo de nomeações para essa violência. Cada termo carrega consigo especificidades que ajudam a identificar e compreender as múltiplas formas em que a violência se manifesta.

Somente a partir dos primeiros anos do século XXI, observa-se que a violência praticada contra as mulheres, não apenas pela sua condição de sexo/gênero, mas também agravada por outros marcadores sociais indicados, assume inúmeras formas e denominações, que se fazem presentes nas pesquisas. Se não há consenso em relação às nomenclaturas, as mais “usuais” são, sobretudo, as de “violência contra a mulher”, “violência de gênero”, “violência doméstica” e “violência conjugal”, que “desdobram-se” em dezenas de outras expressividades, tais como a forma específica de violências sexuais, assédios e estupros que ocorrem nas relações íntimas localizadas e com (ou sem) laços afetivos (Bandeira; Amaral, 2017, p. 57).

A tendência de se considerar a violência contra a mulher como sendo de gênero teve início na década de 1990 (Santos, 2017). É necessário pensar que a violência de gênero não é apenas uma manifestação de agressão física ou psicológica, mas também um reflexo das normas, papéis e expectativas associadas aos diferentes gêneros na sociedade. Ela é alimentada por estruturas de poder desiguais que perpetuam a dominação masculina e a subordinação das mulheres.

A correlação da violência com a condição de gênero originou-se sob a inspiração das questões e das reivindicações do movimento feminista, a partir de evidências empíricas contundentes. Desde o início dos anos 1970, as feministas americanas denunciavam a violência sexual contra a mulher, porém uma década depois é que esse fenômeno veio a ser apresentado como categoria sociológica e área de pesquisa, cuja configuração mais usada passou a ser violência contra a mulher e se caracterizou como a questão central do movimento feminista nacional (Bandeira, 2014, p. 450).

Segundo a historiadora Joan Scott, o gênero destaca a interação com a cultura, posicionando-se no contexto social e revelando, portanto, uma construção que é tanto social quanto cultural.

[...] o termo “gênero” torna-se uma forma de indicar “construções culturais” - a criação inteiramente social de idéias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres. Trata-se de uma forma de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e de mulheres. “Gênero” é, segundo esta definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (Scott, 1995, p. 75).

Assim, a distinção entre homens e mulheres estabeleceu representações sociais assimétricas, na qual os atributos masculinos foram ligados à esfera pública e à cultura, enquanto os femininos foram associados à natureza e a aspectos previamente determinados pela biologia (Santos, 2017).

[...] os conceitos de gênero estruturam a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social. Na medida em que essas referências estabelecem distribuições de poder (um controle ou um acesso diferencial aos recursos materiais e simbólicos), o gênero torna-se implicado na concepção e na construção do próprio poder (Scott, 1995, p. 88).

Essas representações sociais geram relações de poder assimétricas, nas quais a mulher desempenha um papel de submissão na sociedade. As representações sociais da mulher como

frágil e emocional reforçam a ideia de que elas são menos capazes e competentes que os homens, tornando-as dependentes da proteção masculina. Quando as mulheres são vistas como submissas e dóceis, perpetua-se a ideia de que devem ser obedientes e aceitar o controle masculino, limitando sua autonomia e liberdade de escolha. A imagem da mulher como cuidadora e condicionada ao espaço doméstico, mostra a desvalorização do seu potencial profissional e intelectual. Além disso, quando a mulher é tratada como objeto sexual, a mulher é definida como apenas um corpo a ser desejado e dominado pelos homens, desconsiderando sua individualidade e seus sentimentos.

Sendo assim, quando discutimos violência de gênero, compreendemos que as ações violentas são moldadas por contextos, relações interpessoais, sociedades e períodos históricos variáveis, entendendo que a violência de gênero ocorre historicamente sobre os corpos femininos e que as relações violentas existem porque as relações assimétricas de poder permeiam a vida rotineira das pessoas.

Em outras palavras, ao escolher o uso da modalidade violência de gênero, entende-se que as ações violentas são produzidas em contextos e espaços relacionais e, portanto, interpessoais, que têm cenários sociais e históricos não uniformes. A centralidade das ações violentas incide sobre a mulher, quer sejam estas violências físicas, sexuais, psicológicas, patrimoniais ou morais, tanto no âmbito privado-familiar como nos espaços de trabalho e públicos. Não se trata de adotar uma perspectiva ou um olhar vitimizador em relação à mulher, o que já recebeu críticas importantes, mas destacar que a expressiva concentração deste tipo de violência ocorre historicamente sobre os corpos femininos e que as relações violentas existem porque as relações assimétricas de poder permeiam a vida rotineira das pessoas (Bandeira, 2014, p. 451).

Sendo assim, a compreensão da violência contra as mulheres requer a análise das relações desiguais de gênero, onde ela se manifesta como uma ferramenta de perpetuação do controle sobre o corpo feminino e da subjugação das mulheres em uma sociedade marcada pelo sexismo e pelo patriarcado. As disparidades de gênero encontram na violência contra as mulheres sua manifestação mais extrema, a qual deve ser interpretada como uma flagrante violação dos direitos humanos das mulheres (SPM, 2011).

Nesse cenário, é crucial abordar uma modalidade de violência contra a mulher que, apesar de singular e muitas vezes negligenciada, tem emergido como um tema de destaque e impulsionado mudanças nos sistemas de saúde: a violência obstétrica, sobre a qual discorreremos a seguir, explorando detalhadamente esse fenômeno.

1.3 Violência obstétrica: conceitos e evidências

A expressão violência obstétrica (VO) é empregada para abranger e categorizar uma variedade de formas de violência e danos que podem ocorrer durante a assistência ao ciclo gravídico-puerperal ou abortamento (Tesser *et al.*, 2014).

Várias expressões já foram usadas para designar o fenômeno, como “violência no parto”, “abuso obstétrico”, “desrespeito e abuso”, “violência de gênero no parto e aborto”, “violência institucional de gênero no parto e aborto”, “assistência desumana/desumanizada”, “crueldade no parto”, “violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto” (Tesser; Andrezzo; Diniz, 2014, p. 3).

Essa terminologia visa destacar e denunciar situações em que as gestantes, parturientes, puérperas ou mulheres em processo de abortamento são submetidas a tratamentos desrespeitosos, abusivos, coercitivos ou violentos por parte dos profissionais de saúde ou das instituições de saúde em que recebem assistência.

A violência obstétrica pode assumir várias formas, incluindo a realização de procedimentos médicos invasivos sem o consentimento adequado da mulher, a falta de respeito à sua autonomia e dignidade, a imposição de práticas desnecessárias ou prejudiciais durante o parto, o desrespeito às suas preferências e escolhas, entre outras condutas que afetam negativamente a experiência e a saúde física e emocional das mulheres.

Nesta pesquisa, iremos focar a violência obstétrica ocorrida durante todo o período gravídico-puerperal, entendendo que essa violência acompanha todo o processo gestacional, parto e puerpério da mulher. Nos últimos anos, diversas definições têm sido propostas, sendo a Venezuela o primeiro país do mundo a tipificar e legislar o termo “violência obstétrica”, através da *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* (Ferreira, 2019). A legislação desse país descreve a VO como:

[...] a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (República Bolivariana da Venezuela, 2007, p. 30).

Maíra Ferreira (2019, p. 34) retrata a violência obstétrica a partir da reunião de diversas descrições de diferentes autores:

Autores como Diniz (2009), Aguiar, D'oliveira e Schraiber (2013), Faneite, (2012), García, Diaz e Acosta (2013), Terán et al (2013), definem a VO como uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto que inclui perda da autonomia e decisão sobre seus corpos. Tanto para estes autores, como para os movimentos sociais de mulheres, esta violação significa a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde por meio de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto.

Entre as diversas definições existentes, na proposta por Tesser *et al.* (2014), baseada nas análises feitas por Bowser e Hill (2010), é possível identificar as principais categorias de desrespeito e abuso nas instituições de saúde, relacionando-as com os direitos correspondentes, conforme resumido no quadro abaixo:

Quadro 3 - Categorias de violência obstétrica, direitos e exemplos

CATEGORIA	DIREITO CORRESPONDENTE	SITUAÇÕES EXEMPLARES
Abuso físico.	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. Imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”.
Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa e respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o atendimento de maternidade.	Mulheres que verbalmente, e por escrito, não autorizam uma episiotomia, mas essa intervenção é feita à revelia da sua desautorização. Recusa à aceitação de planos de parto. Indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40ª semana etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais” etc.). Não informação dos danos potenciais de longo prazo dos modos de nascer (aumento de doenças crônicas nos nascidos, por exemplo).
Cuidado não confidencial ou privativo.	Confidencialidade e privacidade.	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes

		sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para desrespeitar o direito a acompanhantes.
Cuidado indigno e abuso verbal.	Dignidade e respeito.	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda. Humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”.
Discriminação baseada em certos atributos.	Igualdade, não discriminação, equidade da atenção.	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casadas, com gravidez planejadas, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis etc.) depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobres, não-escolarizadas, mais jovens, negras, e as que questionam ordens médicas).
Abandono, negligência ou recusa de assistência.	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.	Estudos mostram o abandono, a negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, descompensadas ou demandantes, e nos casos de assistência ao aborto incompleto, frequentemente são deixadas por último, com riscos importantes à sua segurança física.
Detenção nos serviços.	Liberdade, autonomia.	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços. No Brasil e em outros países começam a ocorrer detenções policiais.

Fonte: Bowser e Hill (2010); Tesser *et al.* (2015).

Ao examinar o Quadro 3, de Tesser *et al.* (2015), é evidente que a pesquisa indica uma sobreposição entre a violência obstétrica (VO) e o dano causado por intervenções médicas no contexto do parto. Considerando o propósito deste estudo em investigar a incidência da violência obstétrica sobre mulheres negras no Brasil, além da importância do recorte interseccional, entendo que a VO não se limita ao momento do parto, mas também pode ocorrer durante todo o período de gravidez e puerpério. Assim, a VO se configura quando há

qualquer intervenção ou ação dirigida à gestante, parturiente ou puérpera sem seu consentimento explícito ou que desrespeite sua autonomia, integridade física, mental ou emocional (Santos, 2017).

É crucial também compreender que o termo violência obstétrica não sugere que apenas médicos sejam os responsáveis por tal ato. Na realidade, diversos profissionais de saúde podem estar envolvidos na prática de violência contra a mulher gestante durante a gestação, parto e nascimento. Médicos(as) obstetras, enfermeiros(as), técnicos(as) em enfermagem, anestesistas, recepcionistas e administração hospitalar são exemplos dos profissionais que podem estar envolvidos em situações de violência obstétrica.

Os(as) médicos(as) obstetras desempenham um papel fundamental no cuidado da mãe e do bebê. No entanto, quando um(a) médico(a) obstetra desrespeita a escolha da parturiente, realizando medidas médicas desnecessárias ou praticando abuso físico, psicológico ou verbal, ele está, de fato, cometendo violência obstétrica. O desrespeito à autonomia da mulher durante o parto é uma forma de violência obstétrica que pode se manifestar de diversas maneiras. Isso pode incluir pressionar a mulher a aceitar intervenções médicas que não são baseadas em evidências ou não são necessárias, como cesarianas desnecessárias, episiotomias não consentidas ou induções de trabalho de parto sem justificativa médica.

Os(as) enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem têm um papel crucial na assistência obstétrica, mas quando desrespeitam gestantes com agressões físicas e verbais, praticam violência obstétrica. Isso inclui ignorar suas escolhas no parto e negar suporte emocional adequado. Violência física direta, como manuseio brusco, e violência verbal, com palavras depreciativas, também são preocupações. Essas condutas comprometem a saúde física, emocional e psicológica das gestantes, violando seus direitos e afetando sua experiência de parto.

Os(as) anestesistas desempenham um papel crucial no controle da dor e bem-estar das parturientes durante o parto. No entanto, quando ignoram as queixas de dor das gestantes, contribuem para a violência obstétrica. O alívio da dor é essencial durante o parto, e as gestantes têm direito a opções adequadas. A negligência das queixas de dor pode causar danos emocionais e psicológicos, comprometendo a segurança e bem-estar das mulheres durante o parto. Os(as) anestesistas devem reconhecer a importância de ouvir e responder às queixas de dor, oferecendo opções de alívio respeitadas.

A equipe da recepção e a administração do hospital são fundamentais na experiência das gestantes durante o parto. Infelizmente, comportamentos inadequados desses profissionais podem contribuir para a violência obstétrica, afetando negativamente a experiência das

gestantes. Negar atendimento ou a realização do parto sem justificativa válida coloca em risco a saúde da mãe e do bebê. Além disso, negar o direito da gestante de ter um acompanhante durante o parto, conforme estabelecido pela Lei 14.758 de 2023, também é considerado violência obstétrica, privando a mulher de apoio emocional e físico importante durante esse momento.

Portanto, é fundamental que todos os profissionais envolvidos no cuidado obstétrico estejam cientes das implicações da violência obstétrica e do impacto que suas ações podem ter sobre a saúde física, emocional e psicológica das mulheres. A conscientização, a educação continuada e a adoção de práticas baseadas em respeito, empatia e cuidado centrado na mulher são essenciais para prevenir e combater a violência obstétrica em todas as suas formas. A colaboração entre os diferentes membros da equipe de saúde e o respeito aos direitos das mulheres são fundamentais para garantir uma assistência ao parto digna, respeitosa e segura para todas as gestantes.

Também é necessário compreender que a violência obstétrica está intrinsecamente atrelada às histórias de lutas e conquistas das mulheres em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos ao longo da história. Essas histórias são marcadas por uma série de batalhas travadas por mulheres em todo o mundo para reivindicar o direito de ter uma assistência ao parto respeitosa, segura e centrada na mulher. Desde 1980, os movimentos feministas têm direcionado sua atenção para a violência durante o parto em maternidades e hospitais, analisando e denunciando essa questão (Santos, 2017).

Na história do Brasil, o reconhecimento e a abordagem da violência obstétrica ganharam mais destaque a partir da década de 1990 e dos anos 2000 (Santos, 2017). Esse período foi marcado por uma crescente conscientização sobre os direitos das mulheres durante o parto e a importância de garantir um ambiente de cuidado respeitoso e humanizado durante esse processo fundamental.

Em 1993, é lançada a *Carta de Campinas*, documento fundador da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) (Ferreira, 2019). A ReHuNa desempenhou um papel crucial na promoção de práticas mais humanizadas no atendimento obstétrico. A ReHuNa não apenas trouxe à tona questões relacionadas à violência na assistência ao parto, mas também defendeu a necessidade de transformações nas políticas públicas de saúde para garantir o respeito aos direitos das gestantes e parturientes.

Além disso, a publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS), intitulada *Assistência ao parto normal: um guia prático*, contribuiu significativamente para a disseminação de diretrizes e práticas baseadas em evidências para promover partos seguros e

respeitosos. Esse guia forneceu uma base sólida para o desenvolvimento de abordagens mais centradas na mulher e em seus direitos durante o parto. Essas categorias são sumarizadas no quadro a seguir.

Quadro 4 – Categorias de intervenções durante o processo de parto

Categoria A: práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas	
1.	Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro/família;
2.	Avaliação dos fatores de risco da gravidez durante o pré-natal, reavaliados a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e o parto;
3.	Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o processo de parturição e puerpério;
4.	Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
5.	Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, após esclarecimentos sobre as opções;
6.	Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico em que o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
7.	Respeito à privacidade da mulher no local do parto;
8.	Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o processo de parturição;
9.	Respeito à escolha da mulher quanto à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto;
10.	Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem;
11.	Utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto e parto;
12.	Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
13.	Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e desinfecção adequada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto;
14.	Uso de luvas no exame vaginal, durante o parto do bebê e no manuseio da placenta;
15.	Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
16.	Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
17.	Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
18.	Utilização profilática de ocitocina profilática no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto, ou que corram perigo em consequência de até uma pequena perda de sangue;
19.	Condições de assepsia ao cortar o cordão;
20.	Prevenção da hipotermia do bebê;
21.	Contato pele a pele precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, segundo as diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno;
22.	Exame rotineiro da placenta e das membranas.
Categoria B: práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas	
1.	Uso rotineiro de enema;
2.	Uso rotineiro de tricotomia;

3. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
4. Cateterização venosa profilática de rotina;
5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto;
6. Exame retal;
7. Uso de pelvimetria por raios-X;
8. Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não se permita controlar seus efeitos;
9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto;
10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
11. Massagens ou distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
12. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de controlar hemorragias;
13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
14. Lavagem uterina rotineira após o parto;
15. Revisão uterina (exploração manual) rotineira do útero depois do parto.

Categoria C: práticas sobre as quais não há evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão

1. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação de nervos;
2. Amniotomia precoce no primeiro estágio do trabalho de parto;
3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto;
4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto;
5. Manipulação ativa do feto no momento do parto;
6. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante o terceiro estágio do trabalho de parto;
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical;
8. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas no terceiro estágio do trabalho de parto.

Categoria D: práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado

1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
2. Controle da dor por agentes sistêmicos;
3. Controle da dor por analgesia peridural;
4. Monitoramento eletrônico fetal;
5. Uso de máscaras e aventais esterilizados durante a assistência ao trabalho de parto;
6. Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços;
7. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina;
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
9. Cateterização da bexiga;
10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário;

11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, por exemplo, uma hora, se as condições maternas e fetais forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
12. Parto operatório;
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia;
14. Exploração manual do útero depois do parto.

Fonte: Santos (2017).

Desde a publicação desse guia, houve uma disseminação abrangente e esforços significativos para incorporar práticas saudáveis e comprovadamente eficazes. Isso significa que as diretrizes e recomendações apresentadas no guia têm sido promovidas e buscadas em diferentes contextos de saúde. Profissionais de saúde, gestores de políticas públicas e diversos agentes envolvidos na assistência materno-infantil têm trabalhado para integrar essas práticas em seus protocolos de atendimento. Esse movimento reflete um esforço coletivo para melhorar a qualidade da assistência prestada às mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto, visando garantir melhores resultados de saúde para mães e bebês.

Além das tentativas de implementação das práticas saudáveis e eficazes, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), por meio de sua carta fundadora, desempenhou um papel fundamental ao expor as formas de violência enfrentadas pelas mulheres durante a assistência ao parto. Na Carta a ReHuNa denunciou vigorosamente o tratamento desumano e constrangedor ao qual as mulheres eram submetidas em muitas instituições de saúde, evidenciando intervenções médicas desnecessárias e violentas.

Essa denúncia representou um marco importante no movimento pela humanização do parto no Brasil, pois trouxe à tona uma realidade muitas vezes negligenciada e silenciada. Ao destacar as práticas desumanas e inadequadas no ambiente obstétrico, a ReHuNa estimulou discussões e debates essenciais sobre a necessidade de uma abordagem mais respeitosa e centrada na mulher durante o parto e o nascimento.

Ao longo dos anos, o trabalho contínuo da ReHuNa e de outros grupos e ativistas engajados na luta pela humanização do parto contribuiu para a sensibilização da sociedade e dos profissionais de saúde sobre a importância de oferecer uma assistência obstétrica baseada no respeito aos direitos das mulheres, na autonomia e na integridade física e emocional. Essa conscientização tem impulsionado mudanças nas políticas de saúde, na formação profissional e na prática clínica, com o objetivo de promover um parto mais humanizado e digno para todas as mulheres.

No próximo tópico, faremos um resgate histórico da prática médica da obstetria e seus desdobramentos para a violência obstétrica. Esse resgate histórico nos permite

compreender como a obstetrícia evoluiu ao longo do tempo e como determinadas práticas e visões sobre o parto e nascimento contribuíram para a perpetuação da violência obstétrica.

1.4 Entre passado e presente: a obstetrícia na encruzilhada da violência obstétrica

O que conhecemos como práticas médicas não estiveram necessariamente relacionadas à instituição hospitalar. Historicamente, a medicina foi muitas vezes praticada em ambientes variados, desde residências até consultórios privados. A relação entre as práticas médicas e as instituições hospitalares tem se alinhando ao longo do tempo.

Uma das primeiras mudanças significativas nessa relação ocorreu com a intervenção para mitigar os efeitos negativos que as instituições hospitalares poderiam trazer para a sociedade. Anteriormente, os hospitais muitas vezes eram vistos como locais associados à doença, sofrimento e até mesmo à morte, e não necessariamente como lugares de cura e cuidado. O estudo de Foucault (2015, p. 174) descreve o hospital como uma instituição assistencial para exclusão de determinadas pessoas:

Antes do século XVIII o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo, [...]. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se corretamente, nessa época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer.

A história das intervenções hospitalares remonta a períodos em que os hospitais enfrentavam desafios significativos em relação à desordem e à propagação de doenças. Uma das primeiras intervenções notáveis aconteceu em hospitais vinculados ao comércio, intimamente ligados ao tráfego marítimo, onde o medo da propagação de doenças era uma preocupação central.

Os hospitais marítimos surgiram em resposta às necessidades das comunidades portuárias e das tripulações marítimas.

Os traficantes usavam da simulação de doenças para burlar e traficar objetos de valor para dentro da França, tão logo regulamentava-se a primeira norma hospitalar, ou seja, a inspeção dos cofres dos marinheiros, médicos e boticários que trabalhavam nos hospitais. Outro problema que surge nos

hospitais marítimos são as quarentenas, que a princípio não eram intervenções com o objetivo de cura, mas um meio de impedir que estes recém-chegados fossem um agente de desordem do sistema econômico ou trouxessem doenças para sociedade (Coelho, 2017, p. 27).

O medo da desordem econômica desempenhou um papel crucial na reorganização da estrutura hospitalar, especialmente em períodos históricos em que as instituições de saúde estavam intimamente ligadas às dinâmicas sociais e econômicas. Esse medo era alimentado pela percepção de que a desordem e a falta de controle nos hospitais poderiam ter consequências econômicas adversas, afetando não apenas a saúde pública, mas também a estabilidade financeira das comunidades e das nações.

O conceito de disciplina militar aplicado à medicina e aos hospitais remonta às ideias exploradas pelo filósofo Michel Foucault em sua obra *Vigiar e Punir*. Foucault (1987) descreve como as instituições disciplinares, como os exércitos e as prisões, exercem controle sobre os corpos e as mentes dos indivíduos para manter a ordem social e o poder estabelecido.

Quando aplicado à medicina e aos hospitais, o conceito de disciplina militar, sendo uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos (Foucault, 1987). Isso sugere que essas instituições foram organizadas de forma semelhante a uma estrutura militar, com uma hierarquia clara, regras rígidas e sistemas de controle destinados a manter a ordem e a eficiência..

Tudo o que foi dito até agora pode explicar porque o hospital se disciplina. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadramento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas (Foucault, 1987, p. 107).

A vigilância dos corpos e da saúde era uma parte fundamental desse sistema disciplinar. Os médicos e profissionais de saúde tinham a responsabilidade de monitorar e controlar os corpos dos pacientes, garantindo que estivessem em conformidade com as normas médicas e sociais estabelecidas. Isso envolvia não apenas o tratamento de doenças físicas, mas também a regulação de comportamentos considerados saudáveis e aceitáveis pela sociedade.

É importante destacar que essa vigilância não se limitava ao controle dos corpos individuais. Em vez disso, visava regular e moldar o corpo coletivo da população (Carneiro,

2015). Nas estruturas de vigilância e controle, que incluíam não apenas instituições médicas, mas também sistemas de saúde pública e políticas governamentais, o foco não era apenas no bem-estar e na saúde de um único indivíduo, mas sim na saúde e na conformidade da população em geral e garantir a estabilidade e a produtividade da comunidade.

A introdução dos mecanismos disciplinares no ambiente caótico do hospital possibilitou sua medicalização e entrada da atenção médica. A medicalização da sociedade é um processo que vai além da simples aplicação da ciência médica para tratar doenças; trata-se também de um instrumento de controle social: “[...] a medicalização da sociedade poderia ser interpretada ao mesmo tempo com o advento da medicina higiênica e do discurso de controle de corpos, ou seja, como um dos instrumentos para a manutenção da ordem e produção de corpos dóceis e produtivos” (Carneiro, 2015, p. 56).

Podemos analisar a medicalização como uma estratégia do Estado (Carneiro, 2015). A medicalização envolve a definição e imposição de normas de saúde pela sociedade, geralmente pelo Estado através de políticas de saúde pública.

Este processo é denominado por Roberto Machado (1978) como a “medicalização da sociedade”, onde aparece uma nova tecnologia de poder que, assim como as leis, atua controlando o indivíduo e sua capacidade de produção por intermédio de técnicas de normalização que impõem critérios de normalidade para a manutenção da ordem social (Martins; Amaral, 2012, p. 298).

Isso influencia os comportamentos individuais que molda as práticas de saúde, exercendo um controle sutil sobre as escolhas dos cidadãos. A gestão dos recursos de saúde pelo Estado reflete prioridades políticas e sociais, podendo ser influenciada por interesses econômicos e industriais. A indústria farmacêutica, por exemplo, pode ter grande influência sobre políticas de saúde e práticas médicas, impactando diretamente a saúde da população.

Segundo Matta (2013), a medicalização como conceito é inicialmente pensada por Ivan Illich, nos anos 1970, no campo da sociologia da saúde, para nomear e compreender um processo que acontece em três frentes: primeiro, para significar a intervenção técnica no organismo que reverteria um mal; em segundo lugar, como máscara sanitária usada por uma sociedade em nome de sua organização; e, por último, como sistema biomédico e industrial, isto é, comercial, no campo da saúde pública (Carneiro, 2015, p. 56).

Assim, a concepção contemporânea de medicalização parece ter modificado para abranger uma variedade de formas, estratégias e procedimentos voltados para medicalizar

tanto os indivíduos quanto a sociedade. Isso inclui desde práticas de silenciamento até formas de tutela e governança sobre os sujeitos e a população em geral, com o objetivo último de modificar o controle tradicional sobre a vida (Carneiro, 2015).

Com base nos conceitos apresentados por Foucault, pode-se inferir que este foi o período em que os hospitais passaram por uma transformação significativa. Deixaram de ser simplesmente locais de confinamento para pessoas indesejáveis para se tornarem instituições organizadas e direcionadas à normalização social. E, para atender aos nossos interesses, essa fase representa o deslocamento dos partos para os hospitais, onde a medicalização se torna evidente, tanto na assistência à saúde da parturiente quanto na do bebê que nasce.

Os hospitais já não eram mais os lugares sombrios e malcheirosos que tanto amedrontavam as mulheres. Maternidades bem equipadas e organizadas com base no princípio da assepsia, especialmente direcionadas ao atendimento de mulheres pobres e trabalhadoras, começavam a se tornar essenciais nos centros urbanos.

Nesse contexto a obstetrícia surgia como uma especialidade recente, originada nas faculdades de medicina europeias durante a primeira metade do século XIX (Martins, 2004). Ainda enfrentava desafios para obter reconhecimento, tanto entre os profissionais de saúde quanto entre o público leigo.

Algumas mulheres já chamavam o médico-parteiro para atendê-las nos partos domésticos, mas a maioria delas, principalmente nas classes populares, ainda preferia contar com a presença da parteira, das parentas ou vizinhas, para socorrê-las em meio às dores e incertezas do parto (Martins, 2004, p. 66).

No final do século XIX, a Europa presenciou uma profunda transformação na forma como o parto era visto e vivenciado. Motivados por avanços científicos e por uma busca por maior controle sobre a natalidade, médicos e instituições médicas lançaram uma campanha para transferir o parto do âmbito doméstico para o hospitalar colocando-o sob o comando dos profissionais médicos, mudando a visão que esse procedimento só seria destinado a uma parcela das mulheres, sendo possível, assim, a todas elas, a partir da divulgação de imagem do médico protetor da mulher. Essa transformação só foi plenamente realizada na segunda metade do século XX, com a hospitalização do parto nos centros urbanos (Martins, 2004, p. 66).

Ao explorar a história do parto, é evidente que essa narrativa está profundamente entrelaçada com a história das mulheres. Durante um período significativo, o parto foi

considerado uma atividade exclusivamente feminina, realizada por parteiras em um contexto familiar.

Essa ligação entre o parto e a história das mulheres reflete não apenas a prática física do nascimento, mas também as complexidades culturais, sociais e até mesmo políticas que cercam a experiência do parto. Por séculos, as mulheres foram as guardiãs do conhecimento e da prática do parto, transmitindo habilidades e saberes de geração em geração.

As pesquisas arqueológicas e etnográficas informam que o ato da parturição é, na maioria das sociedades não-ocidentais, agrícolas e pré-industriais, vivido solitariamente ou restrito a um grupo pequeno de mulheres que ajudam a parturiente. Os cuidados prestados à mãe durante e após o parto são reconhecidamente atribuições femininas que não chamaram a atenção dos médicos, a não ser quando o parto se complicava, colocando em risco a vida da mãe (Martins, 2004, p. 67).

As parteiras desempenhavam um papel vital no cuidado das mulheres e de seus filhos, indo além de simplesmente receber os recém-nascidos e realizar o corte do cordão umbilical. Seu papel abrangia uma série de práticas culturais relacionadas à saúde, ao casamento, à maternidade e ao cuidado dos filhos (Martins, 2004, p. 69). Esse papel era muito mais complexo e multifacetado do que muitos médicos da época poderiam compreender, demonstrando uma abordagem de cuidado que ia além do aspecto puramente médico.

Ao considerar a história oficial da obstetrícia, o processo da gravidez e do parto só despertou interesse dos médicos quando se compreendeu que, nesse processo, poderia ocorrer o controle político e social dos corpos femininos. Ao analisar as mudanças na obstetrícia, é possível observar o desprezo que os homens da ciência muitas vezes demonstravam em relação a esse assunto.

[...] tinha origem na desqualificação do parto pelos médicos antigos que consideravam a obstetrícia uma prática vil e inferior associada à dor, ao sangue e às impurezas, sendo, portanto, um assunto a ser resolvido pelas próprias mulheres. Além da repugnância dos médicos, há que se destacar a importância da segregação sexual nas sociedades antigas e pré-industriais (Martins, 2004, p. 68).

Essa compreensão de que os corpos femininos podem ser controlados transmite a mensagem de que não é a mulher que dá luz, mas sim o poder patriarcal estatal (Carneiro, 2015). Isso revela uma mudança significativa na percepção e na abordagem da gravidez e do parto por parte dos médicos.

Sendo assim, a história da obstetrícia demonstra uma ruptura com o que foi classificado como uma época de ignorância, na qual as parteiras dominavam os saberes; por outro lado, há a narrativa de um contínuo progresso das teorias e das práticas desenvolvidas pelos médicos obstetras, considerados os “pais” da obstetrícia (Martins, 2004, p. 70).

Diante desse processo de usurpação dos saberes femininos praticados pelas parteiras, fez-se necessário criminalizar a sua atuação.

[...] não somente os médicos, mas também a Igreja e as autoridades civis passaram, por causa disso, a acusar as parteiras de imperícia e das altas taxas de mortalidade materno-infantil. De um lado, os clérigos preocupavam-se com o poder espiritual que essas mulheres comportavam ao rezarem, benzerem e sugerirem condutas espirituais. Elas funcionavam como uma ameaça ao poder moral da igreja, por isso foram acusadas de magia e de bruxaria, práticas não aceitas pela doutrina cristã. De outra parte, para as autoridades civis, preocupadas com a mortalidade, era interessante negar a prática dessas mulheres para que a sociedade se orientasse com os médicos, visando a uma suposta garantia da saúde e da vida mais ordenada (Carneiro, 2015, p. 29).

Os séculos XVI e XVII na Europa foi um período marcado por alta mortalidade infantil por doenças e condições precárias de vida. Somados a um contexto social e religioso rígido, com forte controle da sexualidade e da reprodução, muitas mulheres foram executadas pelo crime de infanticídio e também pelo crime de bruxaria, que também estava ligado ao assassinato de crianças.

Significativamente, tanto no caso do infanticídio quanto no de bruxaria, aboliram-se os estatutos que anteriormente limitavam a atribuição de responsabilidade legal às mulheres. Assim, as mulheres ingressaram nas cortes da Europa pela primeira vez em nome próprio, como legalmente adultas, sob a acusação de serem bruxas e assassinas de crianças. Além disso, a suspeita que recaiu sobre as parteiras nesse período — e que levou à entrada de médicos homens na sala de partos — provinha mais do medo que as autoridades tinham do infanticídio do que de qualquer outra preocupação pela suposta incompetência médica das parteiras (Federici, 2017, p. 176-177).

A condenação das parteiras ao ostracismo reflete um conjunto complexo de interesses e dinâmicas sociais da época. A ascensão da medicina moderna e a busca pela profissionalização da obstetrícia, liderada pelos médicos, resultaram em um declínio significativo no status e na influência das parteiras.

Os médicos, interessados em consolidar sua autoridade e legitimidade como os principais provedores de cuidados de saúde, muitas vezes desacreditavam as práticas das

parteiras, considerando-as obsoletas e supersticiosas. A introdução de métodos médicos mais científicos e tecnologicamente avançados foi vista como uma alternativa mais confiável e eficaz para a assistência ao parto.

Além disso, a condenação das parteiras ao ostracismo também pode ser entendida no contexto mais amplo das mudanças sociais e urbanas. O processo de modernização das cidades e a crescente medicalização da sociedade favoreceram a ascensão da medicina institucionalizada, relegando as práticas tradicionais das parteiras a um segundo plano.

O clero tradicional (doutrina cristã europeia) desempenhou um papel importante para que ocorresse a marginalização das parteiras devido a concepções religiosas sobre o parto e a saúde reprodutiva. A crescente influência da medicina no âmbito da saúde também pode ter contribuído para a diminuição do papel das parteiras, que muitas vezes eram associadas a práticas e crenças não conformes com os preceitos religiosos estabelecidos.

Dizia-se que as parteiras, além de bruxas e charlatãs, desconheciam o manejo de aparatos, como o bisturi e o fórceps, que poderiam salvar vidas e encaminhar um parto difícil. Shorter (1984), ao tratar deste embate ideológico na Europa, menciona que muitas das parteiras foram acusadas de falta de higiene e de contaminação das mulheres assistidas, pelo fato de romperem a bolsa uterina com a unha e as mãos sujas, causando a morte ou a disseminação da febre puerperal (Carneiro, 2015, p. 29).

A narrativa oficial da medicina desempenhava um papel fundamental no processo de profissionalização e na construção do status do médico, excluindo quaisquer concessões a outros conhecimentos e práticas concorrentes (Martins, 2004). E foi assim, que no século XX, que o parto hospitalar começou a ganhar força. Essa mudança criou condições para a inclusão de rotinas cirúrgicas no parto, a exemplo da episiotomia e do fórceps profilático (Wolff; Waldow, 2008, p. 142). Essa transição alterou o caráter único e familiar do parto, transformando-o em um evento voltado para o treinamento acadêmico.

Sendo assim, a obstetrícia torna-se um estudo preciso, quase matemático, ao transformar o corpo materno num espaço analisável, mensurável e passível de intervenção (Martins, 2004, p. 97). Os médicos assumiram o controle do manejo da gravidez, parto e pós-parto, exercendo um domínio significativo sobre os corpos femininos. Essa medicalização do processo reprodutivo muitas vezes resultou em práticas que, sob o pretexto de fundamentos científicos, institucionalizaram formas de violência obstétrica. Ao reivindicarem autoridade exclusiva sobre as decisões relacionadas ao cuidado obstétrico, muitos profissionais acabaram perpetuando intervenções desnecessárias e, por vezes, prejudiciais.

Essas intervenções incluem, mas não se limitam a, procedimentos invasivos sem consentimento informado, uso excessivo de medicamentos para induzir ou acelerar o parto, e a realização de cesarianas desnecessárias. Além disso, atitudes desrespeitosas e desumanizadoras durante o atendimento contribuíram para um ambiente de medo e submissão, onde as necessidades e desejos das mulheres grávidas foram frequentemente ignorados ou minimizados.

Essa dinâmica de poder médico não apenas compromete a autonomia das mulheres sobre seus próprios corpos, mas também pode resultar em traumas físicos e emocionais duradouros. Podemos traduzir essa perda de autonomia como a retirada da capacidade e das condições concretas que permitem às mulheres tomarem livremente as decisões que afetam suas vidas e o poder de agir. Essa restrição desemboca na questão da autonomia de decisão de como será seu parto, limitando, assim, os desejos e anseios das mulheres durante a gravidez, parto e puerpério.

Quando o poder médico impõe suas práticas e decisões sem considerar a vontade e a necessidade individual de cada mulher, cria-se um ambiente de vulnerabilidade e submissão. As mulheres, muitas vezes, são silenciadas e desvalorizadas em suas próprias experiências, o que agrava a sensação de desamparo e frustração.

Essa perda de autonomia é evidente no contexto obstétrico, onde intervenções médicas desnecessárias são frequentemente realizadas sem o devido consentimento informado.

CAPÍTULO II

*Eu tão pouco ignoro
Sua luta, mulher
E saiba minha batalha é dupla
E tão pouco ignoro
Sua luta, mulher
Mas fique sabendo a minha luta-dor, atravessou o mar
(Elza Soares, Mulher pra Mulher - A Voz Triunfal)*

2 DESAFIOS DA MATERNIDADE NEGRA: O RACISMO OBSTÉTRICO E POLÍTICAS DE RESISTÊNCIA

Para uma compreensão mais profunda dos desafios enfrentados pela maternidade negra, é necessário examinar a construção do corpo da mulher negra em um contexto histórico, social e cultural. As experiências das mulheres negras na maternidade são moldadas por uma intersecção de raça e gênero, que influencia suas interações com os sistemas de saúde, as práticas obstétricas e as políticas públicas.

A construção do corpo da mulher negra tem sido historicamente marcada por estereótipos, discriminação e marginalização. Durante séculos, as mulheres negras foram submetidas a uma objetificação e desumanização que as tornaram vulneráveis a formas específicas de violência obstétrica e negligência médica. Essas experiências são enraizadas em narrativas racistas que perpetuam a ideia de que os corpos das mulheres negras são menos merecedores de cuidados de qualidade e mais suscetíveis a tratamentos desumanos.

A interseccionalidade de raça e gênero adiciona camadas adicionais de complexidade às experiências das mulheres negras na maternidade. Elas enfrentam não apenas discriminação racial nos sistemas de saúde, mas também sexismo e misoginia que impactam sua autonomia reprodutiva e acesso a cuidados de saúde adequados. Isso se traduz em taxas desproporcionais de morbidade e mortalidade materna entre as mulheres negras, refletindo as disparidades profundas e persistentes em saúde que permeiam as sociedades.

O racismo obstétrico surge como uma manifestação dessas desigualdades sistêmicas, onde as mulheres negras são submetidas a práticas médicas invasivas, negligência, falta de respeito à sua autonomia e desconsideração de suas necessidades físicas e emocionais durante o parto e o pós-parto.

No entanto, apesar desses desafios, as mulheres negras têm sido agentes de resistência e mudança. Movimentos liderados por mulheres negras têm destacado as injustiças no sistema

de saúde, promovido a conscientização sobre o racismo obstétrico e defendido políticas que abordam as necessidades específicas das comunidades negras na maternidade.

É fundamental entender como essas questões se desdobram em políticas de resistência, incluindo iniciativas para garantir a representação e a participação das mulheres negras na formulação de políticas de saúde e a criação de espaços seguros e empoderadores para as mulheres negras compartilharem suas experiências e apoiarem umas às outras.

Portanto, ao discutir a maternidade negra e o racismo obstétrico, é crucial considerar não apenas os desafios enfrentados, mas também as formas resilientes e poderosas em que as mulheres negras estão resistindo e transformando essas realidades em busca de justiça reprodutiva e equidade em saúde.

2.1 A construção do social do corpo

O corpo humano, muito além de ser apenas uma estrutura biológica, é uma entidade profundamente influenciada por forças culturais, sociais e históricas. A sociedade, ao longo dos tempos, conferiu ao corpo significados e representações que vão muito além de sua função fisiológica.

Em uma perspectiva sociocultural, o corpo é moldado por normas e valores culturais, podendo ser percebido como um símbolo de *status*, beleza, poder ou identidade. Normas de gênero, classe e raça afetam como os corpos são valorizados e representados em uma dada sociedade. É nessa perspectiva que se pretende abordar a construção social do corpo, problematizando o processo pelo qual as percepções, significados e comportamentos são moldados e influenciados pelas normas, valores, crenças e práticas de uma determinada sociedade.

O corpo não pode ser somente visto como um dado biológico, mas deve ser observado como um produto das interações sociais e das estruturas culturais em que está inserido. As sociedades impõem significados e expectativas em relação ao corpo, estabelecendo normas e ideais em relação à aparência, ao comportamento, à saúde, à sexualidade e muito mais.

Essa construção do corpo varia em diferentes culturas e contextos históricos. Por exemplo, o que é considerado um corpo bonito, saudável ou desejável pode variar de acordo com as normas estabelecidas em diferentes sociedades. Essas normas podem ser influenciadas por fatores como cultura, religião, economia, política e mídia.

A construção social do corpo reconhece que nossas percepções, atitudes e comportamentos em relação ao corpo são influenciados pelas normas e estruturas sociais.

Nessa perspectiva, Marcel Mauss, antropólogo e sociólogo francês do início do século XX, contribuiu significativamente para o campo da antropologia com sua abordagem sobre a relação entre corpo, cultura e sociedade. Para o autor, o corpo não era apenas uma entidade biológica, mas também uma construção social e cultural profundamente enraizada. Mauss (2003, p. 420-421, grifo da autora) tem uma definição de corpo que reflete uma visão holística das interações entre as dimensões físicas e sociais da existência humana:

Por outro lado, já que se trata de movimentos do corpo, tudo supõe um enorme aparelho biológico, fisiológico. Qual a espessura da roda de engrenagem psicológica? Digo propositalmente roda de engrenagem. Um seguidor de Comte diria que não há intervalo entre o social e o biológico. O que posso vos dizer é que vejo aqui os fatos psicológicos como engrenagens e que não os vejo como causas, exceto nos momentos de criação ou de reforma. Os casos de intenção, de posição de princípios, são raros. Os casos de adaptação são de natureza psicológica individual. *Mas geralmente são comandados pela educação, e no mínimo pelas circunstâncias da vida em comum, do convívio.*

De acordo com Mauss (2003), o corpo não poderia ser separado das práticas culturais, das crenças e das normas de uma sociedade. Em sua visão, o corpo é como um veículo através do qual as estruturas sociais se expressam e são internalizadas. Em outras palavras, segundo o autor, o corpo é considerado como um fato social total, é um fenômeno que transcende uma única esfera da vida social e está profundamente enraizado nas complexas interações culturais e sociais de uma sociedade.

Mauss (2003) enfatizou a importância das práticas corporais, como rituais, gestos, danças e técnicas corporais específicas, como uma forma fundamental pela qual a cultura é transmitida e incorporada pelo indivíduo. Essas práticas corporais são mais do que simples ações físicas; carregavam significados simbólicos e são usadas para expressar identidade, hierarquia social, conexões com o sagrado e outros aspectos culturais. Sua abordagem holística e sua ênfase nas técnicas do corpo ajudaram a abrir caminho para análises mais complexas sobre a relação entre o corpo humano e o contexto cultural em que está inserido.

A construção social do corpo também está intrinsecamente ligada às dinâmicas de poder e controle. O corpo é frequentemente utilizado como um veículo para o exercício do poder, seja na forma de objetificação sexual, normas de gênero restritivas ou imposições culturais. Essas dinâmicas podem perpetuar desigualdades e opressões, destacando a necessidade de uma análise crítica das normas corporais.

Nessa dinâmica do poder sobre os corpos, Michel Foucault (1987) aprofunda sua análise sobre o poder e controle, o conhecimento e a construção da identidade. O autor argumenta que o corpo não é apenas um objeto físico, mas também é moldado pelas relações de poder e pelas estruturas sociais e culturais em que está inserido:

Houve, durante a época clássica, uma descoberta do corpo como objeto e alvo de poder. Encontraríamos facilmente sinais dessa grande atenção dedicada então ao corpo — ao corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam (Foucault, 1987, p. 163).

Foucault (1987) via o corpo como uma superfície de inscrição do poder, um terreno no qual as normas sociais e as relações de poder se manifestam e se exercem. Em seus estudos, explorou como as instituições, a medicina, a psiquiatria e a prisão exerceram controle sobre os corpos, regulando e disciplinando comportamentos por meio de técnicas e estratégias específicas. Refletindo sobre tais aspectos, cunhou o termo *biopoder* para descrever essa gestão sistemática dos corpos pela sociedade e pelo Estado, que não apenas controla indivíduos, mas também regula dimensões da vida coletiva, como natalidade, mortalidade e saúde pública.

Sendo assim, para Foucault (1987), o corpo é um campo no qual as relações de poder e o conhecimento se entrelaçam, moldando a maneira como vemos, experienciamos e nos relacionamos com nossos corpos e com os corpos dos outros. Assim, desafiou as noções tradicionais de corporeidade como algo fixo e inerente, destacados da própria identidade por meio da aparência física, como o corpo é construído, controlado e transformado por estruturas sociais e sistemas de poder. Sua abordagem influente continua a provocar reflexões sobre a natureza do corpo e sua relação com o poder e a sociedade.

Além da construção social do corpo, o poder e o controle infligindo a ele, é inegável que o corpo também é um reflexo da identidade individual e coletiva. Grupos sociais frequentemente utilizam certos aspectos corporais para afirmar identidades culturais, religiosas ou de gênero. Modificações corporais, como tatuagens e piercings, são exemplos de como o corpo pode ser transformado em uma tela na qual a identidade é expressa. Leda Maria Martins (2021, p. 79) de forma poética define esse corpo-tela como corpo-imagem que produz pensamento:

Complexo, poroso, investido de múltiplos sentidos e disposições, esse corpo, física, expressiva e perceptivamente é lugar e ambiente de inscrição de grafias do conhecimento, dispositivo e condutor, portal e teia de memórias e

de idiomas performáticos, emoldurados por uma engenhosa sintaxe de composições.

Sendo assim, Martins (2021) entende o corpo como um lugar de produção e inscrição de conhecimento, memórias e afetos. Sendo através do corpo que é possível vivenciar experimentações de toda ordem.

Já David Le Breton (2007) analisa os diferentes modos em que o corpo é vivenciado, sentido e percebido nas diversas culturas e sociedades. Em seus estudos, o autor enfatiza a corporeidade como uma experiência fundamental que molda nossa relação com o mundo e com os outros:

Os usos físicos do homem dependem de um conjunto de sistemas simbólicos. Do corpo nascem e se propagam as significações que fundamentam a existência individual e coletiva; ele é o eixo da relação com o mundo, o lugar e o tempo nos quais a existência toma forma através da fisionomia singular de um ator. Através do corpo, o homem apropria-se da substância de sua vida traduzindo-a para os outros, servindo-se dos sistemas simbólicos que compartilha com os membros da comunidade (Breton, 2007, p. 7).

Uma das principais ideias de Breton (2007) é que o corpo não é apenas um objeto físico, mas também um veículo de expressão, comunicação e experiência. Além disso, enfatiza a importância da percepção sensorial e das sensações corporais na construção de nosso senso de identidade e no modo como interagimos com o ambiente ao nosso redor.

Breton (2007) argumenta que a relação que temos com nosso próprio corpo é complexa e multifacetada. Logo, explora como diferentes culturas e sociedades moldam a forma como os indivíduos vivenciam seus corpos. Por exemplo, em algumas culturas, o corpo pode ser visto como um templo sagrado, enquanto em outras pode ser considerado como um instrumento para a realização de tarefas específicas. Essas percepções culturais afetam diretamente a forma como cuidamos do nosso corpo, como nos vestimos e como interagimos socialmente.

Breton (2004) também explora as formas de experiência extrema do corpo, como tatuagens, piercings, esportes radicais e outras práticas que desafiam os limites do corpo. Ele considera essas experiências como uma busca por intensificar a relação com o corpo e com a própria existência, buscando sensações de liberdade, transcendência e autenticidade.

Em resumo, a concepção de David Le Breton (2007) sobre o corpo destaca a importância da corporeidade como uma dimensão essencial da experiência humana. Ele nos convida a refletir sobre como nossas percepções do corpo são moldadas por fatores culturais,

sociais e individuais, e como essa relação com o corpo influencia nossa forma de ser no mundo.

O corpo é moldado pelos eventos que ocorrem ao longo da vida e, como consequência, é influenciado por valores, significados e discursos que se concretizam, moldando sua forma de interação e funcionamento. Essa configuração do corpo é determinada pelas leis, contratos e instituições que governam o ambiente em que ele é gerado.

A formação do corpo, que deriva de uma ordem discursiva reguladora e disciplinadora, é construída por meio de processos de materialização. Como descreve Judith Butler (2002, p. 64):

La materialidad designa cierto efecto del poder o, más exactamente, es el poder en sus efectos normativos o constitutivos. Em la medida em que el poder opere com êxito constituyendo el terreno de su objeto, um campo de inteligibilidad, como uma antologia que se da por descontada, sus efectos materiales se consideran datos materiales o hechos primários.

Sempre dentro de um contexto histórico, a materialização, por meio do regime binário (Peres, 2011), determinará a concretização das estruturas de poder, estando constantemente influenciada pelas normas predominantes que governam os comportamentos e modos de existência no mundo.

Diversos agentes desempenham papéis cruciais nessa materialização, incluindo o Estado, a Igreja, a família, o capital, o sistema jurídico, a medicina, a psicologia, bem como a mídia, a educação e a força policial (Peres, 2011). Inicialmente, algumas dessas instituições são vistas como influências externas, mas ao longo do tempo, elas se incorporam como regulamentações internas que são absorvidas pelo processo de subjetivação normativa. Esse processo molda até mesmo os desejos, levando-os a buscar incessantemente a conformidade com a “norma”, reproduzindo seus modelos e acatando suas diretrizes.

Para além de sua estrutura biológica e funcionamento fisiológico, o corpo é um recipiente para dimensões sociais, antropológicas e históricas que se entrelaçam com as inovações tecnológicas e diversas linguagens que moldam a contemporaneidade.

Através do corpo, as pessoas podem experimentar uma ampla gama de experiências, sejam elas físicas, emocionais, afetivas, sexuais, espirituais ou virtuais, abrindo espaço para a expressão de diferentes afetos que influenciam suas vidas e promovem novas formas de existência. Essa adaptabilidade e capacidade de se envolver com novas estéticas e desejar se assemelhar a elas nos remetem à dimensão que denominamos “corporalidades” (Peres, 2011). Essa dimensão, em termos gerais, está relacionada a processos de identificação que

aproximam ou afastam as pessoas umas das outras, estimulando sentimentos de pertencimento que promovem a proximidade dos corpos, ou sentimentos de repulsa, medo ou aversão que distanciam uns dos outros.

Seguindo essa abordagem, podemos considerar as corporalidades como processos em constante evolução. Por um lado, elas definem uma estética considerada verdadeira, saudável e absoluta, enquanto, por outro lado, excluem outras estéticas que não se conformam com as normas do poder. Essas outras estéticas não são reconhecidas como parte da experiência humana, sendo tratadas como pré-sujeitos e caracterizadas como corpos abjetos. Esses corpos abjetos, são corpos “outsider” (Peres, 2011), configurando como aqueles corpos que estão à margem, que não se encaixam nas normas impostas pelas instituições de poder. Eles desafiam as expectativas e transgridem as regras estabelecidas.

No que diz respeito aos corpos, também são aplicadas outras dimensões de padrões estéticos, comportamentais e identitários, que podem ser moldadas pelas distinções entre os sexos (homem/macho - mulher/fêmea), pelas manifestações de gênero (masculino - feminino) e pela questão racial (branco - não branco). Essas dimensões estabelecem modelos de perfeição, saúde e verdade absoluta, muitas vezes assumindo uma postura superior em relação às expressões que divergem da norma heteronormativa, falocêntrica, branca e ocidental.

No próximo tópico, essa dinâmica de modelos superiores e inferiores em relação aos corpos é evidenciada quando refletimos sobre a construção do corpo negro.

2.2 O corpo negro como o “outro”

Analisando as nuances que atuam no corpo, podemos entender que o corpo humano é reproduzido por uma estrutura social, de uma forma que proporciona um sentido particular, o que pode variar com os sistemas sociais.

Queremos dizer com isto que, como qualquer outra realidade do mundo, o corpo humano é socialmente concebido, e que a análise da representação social do corpo oferece uma das numerosas vias de acesso à estrutura de uma sociedade particular (Rodrigues, 1983, p. 44).

E analisando o corpo, é possível entender como uma sociedade estrutura-se. A sociedade tende a privilegiar determinadas características e atributos que um ser humano deve possuir, sejam elas morais, intelectuais ou físicas.

Além do caráter biológico do corpo, pode-se notar a influência da religião, classe, cultura e outras intervenções sociais. Pensando assim, o corpo cumpre uma função ideológica, em que suas características funcionam como garantia de sua integridade ou não, de acordo com seu grau de proximidade ou não das características impostas socialmente pela sociedade que o indivíduo está inserido. Sendo assim, o corpo funciona como uma marca dos valores sociais, investido de crenças e sentimentos pelos quais a sociedade fixa seus valores.

E para entender os processos relacionados à construção social das representações associadas ao corpo negro, como percebemos hoje, é necessário levar em consideração a lógica da exploração colonial e o sistema escravagista que atribuíam ao negro o lugar de mão-de-obra escrava que implicava condições de vida degradantes e também construía teorias que naturalizava tais condições miseráveis que os negros efetivamente experimentavam.

[...] as pesquisas científicas sobre a conformação do cérebro africano atestavam suficientemente a sua incapacidade mental. Estas características orgânicas da raça negra continuariam a se manifestar no escravo, igualmente preguiçoso, sem apego familiar, incapaz de sentimentos profundos ou resoluções duráveis. São crianças no agir e no pensar (Azevedo, 2004, p. 68).

Esse pensamento “científico” alimentado pelas ideias racistas da época marcava negros, indígenas e outros grupos étnicos como sujeitos que não conheciam uma forma de organização social, onde desconheciam a ideia de família e propriedade, portanto, eram condicionados a matar e roubar.

O tema da inferioridade racial completa-se com a ideia de que o negro não se relacionava socialmente, não tinha família, era um desagregado por natureza, cujos sentimentos oscilavam da indiferença e apatia à mais cruel violência. Preenchia deste modo a figura do criminoso em potencial (Azevedo, 2004, p. 68).

Essa visão, embora caricata e errônea, ainda está presente no campo de teorizações científicas que deram e ainda dão suporte a esse imaginário de inferioridade sobre o negro. É nessa lógica da construção do corpo do ponto de vista eurocêntrico que o indivíduo negro recebeu inúmeras atribuições e significados de acordo com a época, cultura e crenças, que permanecem até os dias atuais.

Nessa construção do corpo negro por uma sociedade eurocentrada, a rede de significações atribui-lhe o significado de indesejável, sendo contraste do corpo branco, parâmetro para o indivíduo exemplo. Os atributos físicos que caracterizam o corpo negro,

principalmente a sua cor de pele, expressam características que a sociedade ocidental branca, eurocentrada e monoteísta classifica como aquilo que está distante, ou seja, configurando atributos que estão além dos conjuntos de valores que marcam essa sociedade.

De fato, os atributos físicos que caracterizam o corpo negro, e mais particularmente a cor da pele, expressam as representações que, historicamente, associam a essas características físicas atributos morais e/ou intelectuais que vão corresponder, no espectro das tipificações sociais, àquilo que se instaura na dimensão do *distante*, ou seja, àquilo que expressa o que está além do conjunto dos valores nos quais os indivíduos se reconhecem (Nogueira, 1998, p. 46).

Para Rodrigues (1983), a cultura necessita de um pólo negativo, que é recusado para assim instaurar o pólo positivo sendo o desejável. Tal processo insere os corpos negros numa situação de inferioridade em relação aos corpos brancos. O corpo negro representa aquilo que a cultura afasta pela negativização, sendo vítima das representações sociais que classificam sua aparência como algo execrável. Nessa posição, o indivíduo negro é obrigado a carregar uma marca de inferioridade em suas características.

É necessário lembrar que, inicialmente, o corpo negro passou pelo processo de usurpação, com perda de suas terras, autonomia e liberdade, tudo sendo justificado pela cor de sua pele. Ocorreu um sequestro de sua identidade, sendo esse corpo obrigado a adotar um modelo eurocentrado na construção da sua identidade. O corpo negro foi classificado como não humano de acordo com essa visão europeia. Essa desumanização junto à condição de escravização subtrai do corpo negro qualquer subjetividade de si.

Em contraste do negro, o indivíduo branco pode se reconhecer em um “nós”, considerando seu corpo branco, o qual está inserido em um contexto de significados positivos e visto com excelência (Nogueira, 1998). Já para o indivíduo negro, o processo de se ver em um “nós” inscrito nessas tipificações de aceitável e desejável, esbarra na marca que o negro carrega, seu corpo, o que lhe tira esse processo de identificação, sendo visto como o “outro”, a personificação do indesejável.

Presos às malhas da cultura, o negro trava uma luta infinda na tentativa de se configurar como indivíduo no reconhecimento de um “nós”. Seu corpo negro, socialmente concebido como representando o que corresponde ao excesso, ao que é outro, ao que extravasa, significa, para o negro, a marca que, a priori, o exclui dos atributos morais e intelectuais associados ao outro do negro, ao branco: o negro vive cotidianamente a experiência de que sua aparência põe em risco sua imagem de integridade (Nogueira, 1998, p. 47).

Para Frantz Fanon, um influente filósofo, psiquiatra e ativista político do século XX, a questão do corpo negro era central em sua análise da descolonização, opressão racial e construção de identidade. Em suas obras *Pele Negra, Máscaras Brancas* (2008) e *Os Condenados da Terra* (2005) explorou profundamente as complexidades do corpo negro em um contexto de colonialismo e racismo, examinando como essas questões moldam a psicologia individual e coletiva das pessoas negras.

[...] As histórias de Tarzan, de exploradores mirins, de Mickey e de todas as revistas ilustradas visam uma genuína descompressão da agressividade coletiva. São revistas escritas por brancos para crianças brancas. Mas o drama reside nisso. Nas Antilhas, e temos todas as razões para acreditar que a situação seja a mesma nas outras colônias, são essas mesmas revistas ilustradas que são devoradas pelos jovens nativos. E o Lobo, o Diabo, o Gênio Maligno, o Mal, o Selvagem são sempre representados por um negro ou um índio, e, como há sempre uma identificação com o vencedor, a criança negra se torna o explorador, o aventureiro, o missionário “que corre o risco de ser comido pelos negros malvados” com a mesma facilidade com que o faz a criança branca (Fanon, 2008, p. 130-131).

Fanon argumentava que o corpo negro é frequentemente submetido a uma “racialização”, onde a cor da pele se torna um marcador primário de identidade e lugar na sociedade. Analisou como as estruturas coloniais e raciais impõem uma identidade depreciada e subalterna aos corpos negros, enquanto a cultura dominante branca é apresentada como a norma. A partir do conceito de “máscaras brancas”, descreveu como os indivíduos negros muitas vezes internalizam essas ideias dominantes de inferioridade, o que leva a uma alienação de si mesmos e a uma busca por assimilação.

Do ponto de vista psicológico, pode ser interessante colocar o seguinte problema: a mulata instruída, particularmente a estudante, tem um comportamento duplamente equívoco. Ela diz: “Não amo o preto, porque ele é selvagem. Selvagem não no sentido de canibal, mas porque lhe falta refinamento” (Fanon, 2008, p. 65).

Para o autor, o corpo negro não é apenas um fenômeno físico, mas também um espaço de luta e resistência. Enfatizou a importância de se rejeitar as imposições coloniais e de reivindicar uma nova narrativa de identidade. Argumentou, ainda, que a luta pela descolonização não era apenas política, mas também uma luta pela libertação mental e psicológica. Enfim, acreditava que, ao rejeitar as máscaras brancas e abraçar a própria identidade negra, as pessoas poderiam encontrar uma verdadeira emancipação.

A escravidão do corpo negro foi marcada pela visão de que a pele os desumanizava, seus corpos serviam somente para servir aos brancos. O corpo negro carrega a marca do racismo estrutural na qual a sua cor torna-se indesejável, suja, amoral. O período da escravidão com raízes em uma lógica colonial, patriarcal, capitalista e exploratória, deixou um profundo legado de desigualdades raciais e sociais no Brasil e em outros lugares onde a escravidão existiu.

Uma vez contextualizado o debate sobre a construção do corpo e diferentes abordagens sobre corporalidades a partir de referências das ciências sociais é possível compreender, de modo ampliado, as complexidades em torno da relação entre o racismo estrutural e a desumanização do corpo negro no Brasil. Essa é uma etapa necessária à próxima discussão, onde abordo aspectos relacionados às corporalidades de mulheres negras.

2.3 O corpo feminino negro: a visão científica e social desumanizadora

Pensar nessa construção do corpo da mulher negra é entender que seu corpo é posto duplamente em uma balança, na qual seu gênero e sua cor pesam negativamente nessa escala de ser aceitável socialmente.

O corpo feminino negro não era um corpo, mas sim um objeto, algo a ser colonizado, domado e pronto a servir, seja no trabalho braçal ou sexualmente. No romance *Seus olhos viam Deus*, de Zora Neale Hurston (1937), é descrito como mulheres negras eram vistas como “mulas do mundo”. Como objetos desumanizados, as mulas são máquinas vivas e podem ser tratadas como parte da paisagem (Collins, 2019, p. 99). Sendo assim, os corpos de mulheres negras são objetos de servidão para o mundo.

Durante o período do sistema de exploração escravista, o corpo de mulheres negras foi objetificado e transformado em mercadoria. Assim como homens negros, mulheres negras eram negociadas em leilões de escravos, sendo possível comprar e vender corpos em praças abertas. Partes dos corpos também poderiam ser negociados, não sendo incomum que mulheres negras tivessem seus corpos fragmentados, onde todas as partes negras eram usadas pelo seu mestre branco (Collins, 2019).

Nessa fragmentação do corpo da mulher negra, a vagina se tornava um grande objeto de interesse e de controle, onde a sexualidade da negra era o ponto central.

A sexualidade das mulheres negras poderia ser reduzida ao controle de uma vagina objetificada, que então poderia ser transformada em mercadoria e

vendida. O interesse de longa data da ciência ocidental pela genitália das mulheres negras parece se adequar a isso, na medida que reduzir essas mulheres a uma genitália mercadorizada é tratá-las como prostitutas em potencial (Collins, 2019, p. 231).

A regulação da sexualidade de mulheres negras nesse contexto escravocrata também fazia parte de uma opressão de gênero, havia mulheres para casar e mulheres para transar. Uma era pura e boa e a outra era má e suja. E a racialização dessa ideologia binária de separação de comportamentos aceitáveis para uma mulher, que a categoria de mulher má foi atribuída a todas as mulheres negras. Sendo assim, mulheres negras eram usadas como objeto sexual de homens brancos, onde sua sexualidade e seus corpos eram disponíveis irrestritamente para homens.

O corpo da mulher negra sempre foi visto como uma curiosidade a ser explorada. Ao comparar mulheres brancas e negras, as pesquisas voltavam-se para estruturas relacionadas à sexualidade.

Geralmente, quando as comparações raciais entre as mulheres eram feitas, a observação recaía sobre estruturas e características associadas à sexualidade, como os seios, o desejo sexual mais ou menos acentuado, o tamanho do clitóris e, principalmente, o tamanho da pélvis (Martins, 2004, p. 34-35).

Um exemplo é Sarah Baartman, uma jovem mulher hotentote, que foi levada à Europa, exposta como um espécime das raças negras e, por fim, após sua morte, dissecada por um dos mais eminentes cientistas da época (Martins, 2004).

[...] Sarah Saartjie Baartman, foi retirada de seu lugar de origem e levada à Europa. Além de trabalhar como empregada doméstica, Sarah passou a ser exibida em shows de horrores, circos e feiras em diversos locais do continente. Essa mulher ficou conhecida como Vênus Negra ou Vênus de Hentonte. Vênus era “exótica” para as pessoas daquela região por causa do volume das suas nádegas (Bueno, 2017, p. 48-49).

Bartmann foi utilizada como um objeto para fins pornográficos. Ela foi reduzida a suas partes sexuais, e essas partes representavam aquilo que era dominado pelos homens brancos. Além disso, Sarah Bartmann serviu para reforçar a ideia de nações europeias eram civilizadas em relação às suas colônias e como esses corpos “animalescos” reforçaram a ideia de inferioridade.

A ligação entre mulheres negras e animais era uma prática comum na literatura científica e pseudocientífica dos séculos XVIII e XIX, refletindo e reforçando preconceitos

raciais e de gênero. Mulheres negras eram frequentemente desumanizadas e comparadas a animais, uma comparação que servia para justificar a opressão e a exploração desses corpos.

As mulheres negras eram comparadas a cobras, panteras, macacos, todos animais que reforçaram a “selvageria”, sendo um símbolo de sexualidade desenfreada. A exibição pública de mulheres negras pode ter sido fundamental para objetificá-las como animais, onde essas mulheres eram exibidas ao lado de animais, reforçando assim esse estereótipo animalesco.

Ao serem vistas como animais, as mulheres negras eram consideradas incapazes de participar da cultura e da civilização, sendo relegadas a um estado de natureza onde eram vistas como aptas apenas para trabalhos físicos extenuantes e exploração sexual. Essa visão perversa justificava a brutalidade da escravidão e a contínua marginalização dessas mulheres na sociedade “pós-emancipação”. Na natureza, animais são frequentemente objeto de exploração sem considerações éticas; similarmente, as mulheres negras foram historicamente exploradas sem consideração por sua dignidade ou direitos humanos.

Patricia Hill Collins (2019) relaciona o tratamento do corpo de mulheres negras com a pornografia. Na pornografia, seus corpos eram utilizados e animalizados para o prazer dos senhorios brancos da Europa e Estados Unidos, vide o caso da Vênus Negra, utilizada para fetiches de pessoas *voyeur*.

Durante séculos, a mulher negra serviu como principal “válvula de escape” pornográfica para homens brancos na Europa e nos Estados Unidos. Basta pensarmos nas mulheres negras usadas para procriação, estupradas para prazer e o lucro de seus proprietários. Basta pensarmos na licenciosidade desfrutada pelo “mestre” das mulheres escravas (Collins, 2019, p. 234).

A autora argumenta que a mulher negra não foi inserida na pornografia, mas foi um pilar principal para moldar como a pornografia é hoje, com a exposição de corpo de mulheres negras equiparadas a animais, considerando-as incestuosas e apreciadoras do estupro, principalmente se o estuprador for branco (Collins, 2019). A dominação dos corpos de mulheres negras na pornografia reduz as negras a animais de estimação, na qual são explorados ao prazer de seus senhores brancos. A mulher negra é tratada como “mula” que tem seu trabalho explorado, no caso, sua sexualidade mercantilizada para o prazer do homem branco.

Outro ponto central para entender o corpo de mulheres negras é analisar a exploração desse corpo e a prostituição. Essa imagem de mulheres negras como prostitutas tem como

papel fundamental justificar o modo negativo que mulheres negras são vistas, onde a opressão de seus corpos se torna aceitável.

bell hooks (2021) analisa que a mudança de percepção da imagem da mulher branca como pecadora para virtuosa ocorreu junto com a exploração sexual de mulheres negras. Formando assim um submundo da prostituição no qual mulheres negras escravizadas eram exploradas sexualmente por homens brancos.

A mudança da imagem da mulher branca como pecadora e sexual para mulher branca como senhora virtuosa ocorreu concomitantemente à massiva exploração sexual de mulheres negras escravizadas – assim como a rígida moral sexual da Inglaterra vitoriana criou uma sociedade na qual a exaltação da mulher como mãe e cuidadora ocorreu concomitantemente à formação de um massivo submundo da prostituição. Enquanto homens brancos idealizavam a mulheridade branca, eles assediavam e brutalizavam sexualmente mulheres negras (hooks, 2021, p. 63-64).

hooks (2021) conceitua que prostitutas seriam aquelas mulheres que se envolvem em relações sexuais em troca de dinheiro ou qualquer forma de pagamento. Sendo assim, um termo inadequado para direcionar a mulheres negras escravizadas, pois elas raramente recebiam qualquer tipo de compensação pelo uso de seu corpo. A autora entende que abolicionistas rotulam negras escravizadas como prostitutas pela armadilha da língua na época vitoriana, e que a exploração sexual não foi devidamente enquadrada como tal.

Era difícil para abolicionistas debaterem sobre o estupro de mulheres negras, por medo de ofender a plateia, então se concentravam no tema da prostituição. Mas o uso da palavra prostituição para descrever a massiva exploração sexual por homens brancos de escravizadas negras não só desviou a atenção da prevalência da investida sexual forçada, como também deu ainda mais credibilidade ao mito de que mulheres negras eram devassas por natureza, portanto, responsáveis pelo estupro (hooks, 2021, p. 66).

O estupro não era a única prática para desumanizar mulheres negras e controlar seus corpos. As chibatadas em corpos nus das mulheres escravizadas era outro método para acabar com a dignidade e explorar esses corpos. Na época vitoriana as mulheres brancas cobriam seus corpos seguindo a religião, mulheres negras eram despidas e açoitadas publicamente (hooks, 2021). Proprietários de pessoas escravizadas sabiam que despír essas mulheres em público aumentava a humilhação e a degradação de seus corpos.

A reprodução de mulheres negras também foi um fator de controle do corpo. Mulheres negras ao parir geravam novas vidas escravizadas que consequentemente aumentava o *status* dos senhores escravizadores na sociedade.

Com o aumento dos relacionamentos interracializados nos Estados Unidos entre homens negros e mulheres brancas, seja por escolha ou por coação, surgiram esforços intensos por parte dos homens brancos para frear essa situação. Além disso, a importação de pessoas escravizadas vinha enfrentando ataques hostis em várias colônias. Surge a necessidade de dar mais ênfase na criação de escravos. É nesse contexto que a mulher negra escravizada ganha novo status no sistema de comercialização e exploração de escravos.

[...] a mulher negra escravizada adquiria um novo status. Latifundiários reconheceram que poderiam aumentar o lucro econômico criando mulheres negras escravizadas. [...] Quanto mais o valor de mercado das mulheres negras escravizadas aumentava, mas elas eram roubadas ou compradas por comerciantes brancos de pessoas escravizadas (hooks, 2021, p. 38-39).

A reprodução era outro método socialmente legitimado para a exploração sexual das mulheres negras (hooks, 2021). A ideia de mulheres negras como trabalhadoras reprodutoras foi amplamente difundida nas colônias, onde o lucro dos senhores dependia do aumento de escravizados.

Durante o início do período de escravidão a reprodução foi um processo difícil para os fins lucrativos dos senhores de escravizados. A mulher negra estava acostumada com o processo reprodutivo nas comunidades africanas, onde respeitavam o ciclo da mulher. A amamentação era feita até os 2 anos de idade da criança, além de que, a mulher só tinha relação sexual depois desse período, dando um espaço entre as gestações para que a mulher pudesse se recuperar fisicamente para uma nova gestação (hooks, 2021).

Senhores brancos de mulheres escravizadas não tinham o menor respeito pelo processo cultural dessas mulheres e utilizavam da ameaça e violência para coagir essas mulheres negras a reproduzir. Assim como se criava mulas, as mulheres negras eram forçadas a se reproduzirem para gerar lucro, de modo que uma mulher reprodutora chegava a valer mais do que aquelas que não reproduziam. Anúncios de venda de mulheres negras escravizadas usavam os termos “escrava reprodutora”, “parturiente”, “período de reprodução”, “muito velha para reproduzir” para descrever individualmente as mulheres (hooks, 2021, p. 74).

Mulheres escravizadas que se recusassem a escolher um homem para unir-se sexualmente eram forçadas a se deitar com um homem escolhido pelo senhor. Era comum que

senhores de escravos preferissem que as mulheres negras se relacionassem com homens brancos, pois o valor comercial de escravizados mulatos era maior.

Nesse contexto de reprodução, mulheres negras estéreis eram as que mais sofriam. Essas mulheres eram vítimas de graves abusos físicos e psicológicos, onde a infertilidade além de ser um infortúnio se tornaria um crime passivo de repressão por parte dos senhores de escravos.

A reprodução, nesta lógica, transformou-se em um modo de controle de corpos opressores para mulheres negras. Suas vontades e condições eram subordinadas ao lucro que o senhor branco iria obter.

A reprodução era opressora para todas as mulheres negras férteis escravizadas. Subnutridas, sobrecarregadas de trabalho, as mulheres raramente tinham uma condição física que proporcionasse um parto fácil e seguro. Gestações repetidas e sem cuidados apropriados resultavam em vários abortos espontâneos e morte (hooks, 2021, p. 77).

Nesse aspecto, o corpo da mulher negra escravizada ocupa um lugar muito diverso e inferior em relação a um corpo branco, sendo ele feminino ou masculino, e essa condição permanece mesmo após a “abolição da escravatura”. A desvalorização da mulheridade negra depois do término da escravidão foi um esforço consciente e deliberado dos brancos para sabotar a construção da auto confiança e do autorespeito da mulher negra (hooks, 2021, p. 103).

Enquanto o racismo foi o mal que decretou que pessoas negras seriam escravizadas, o sexismo foi o que determinou que mulheres negras teriam um destino mais pesado e cruel. Mesmo sendo considerado passado, essas visões do período colonial ainda permanecem vivas na sociedade e acabam ganhando uma nova roupagem no qual mantém intacta a ideia de cor/raça construída no período escravocrata. O corpo negro feminino ocupa um lugar no qual é submetido à exclusão e exploração.

No próximo tópico abordaremos como a interseccionalidade de raça e gênero impacta na violência obstétrica. Essa análise interseccional nos permite compreender como a interação entre raça e gênero afeta a experiência da gestação e do parto de mulheres negras. Ao explorar essa interseccionalidade, podemos identificar como as mulheres negras enfrentam desafios específicos no sistema de saúde durante o período perinatal e entendendo que para além da violência obstétrica devemos pensar em racismo obstétrico.

2.4 Racismo obstétrico: a interseccionalidade de raça e gênero

Para além do gênero, como o título desta dissertação sugere, *O parto além do gênero...*, é preciso observar como a violência obstétrica está interligada a outros fatores, como a questão racial, que é o tema central desta pesquisa. Ao analisar a VO é preciso destacar que a opressão não é unidimensional, está em colisão com múltiplas estruturas de opressão.

Portanto, observar a VO sob uma perspectiva interseccional é crucial para compreender como a interação entre raça e gênero afeta a vivência de mulheres negras durante a gestação, parto e pós-parto, quando expostas à essa violência. Em pesquisa realizada pela *Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento* (2014) é possível perceber que as puérperas negras e pardas correm maior ameaça de terem um pré-natal inadequado, com menos orientações sobre o início de trabalho de parto, sobre riscos e complicações na gravidez, ou acesso restringido ao uso de analgesia no parto vaginal em comparação com as puérperas de cor branca, contribuindo para o racismo obstétrico.

Falar sobre interseccionalidade é compreender que há uma interação entre as estruturas e que as opressões sofridas não devem ser analisadas de forma isolada. Pensar de forma interseccional nesta pesquisa é compreender que mulheres negras estão envolvidas por dois³ marcadores de opressão: raça e gênero.

A interseccionalidade ganhou relevância a partir da década de 1980, em um contexto marcado por profundas transformações sociais (Collins, 2022). Embora com essas transformações geradas na sociedade, era evidente que as desigualdades sociais e problemas sociais não seriam extintos em um piscar de olhos, surge assim um novo modo de olhar para desenvolver estratégias de mudança. Interseccionar problemas sociais causado pelo colonialismo, pelo racismo, pelo sexismo e pelo nacionalismo abre caminho para a elaboração de estratégias mais eficazes de mudança social, que abordem não apenas um aspecto isolado da opressão, mas sim a complexidade e a interconexão de diversas formas de opressão e discriminação.

O conceito de interseccionalidade foi desenvolvido pela acadêmica Kimberlé Crenshaw para nomear a convergência estrutural entre sistemas de poder que criaram pontos cegos no ativismo antirracista e no ativismo feminista (Collins, 2022, p. 43). Crenshaw

³ Nesta pesquisa será desenvolvida as questões de raça e gênero, embora entende-se que exista outras formas de opressão que também são analisadas e abarcadas pela interseccionalidade.

acreditava que esses dois movimentos estariam prejudicados ao separar suas lutas, não alcançando êxito na transformação social.

Segundo Kimberlé Crenshaw, a interseccionalidade permite-nos enxergar a colisão das estruturas, a interação simultânea das avenidas identitárias, além do fracasso do feminismo em contemplar mulheres negras, já que reproduz o racismo. Igualmente, o movimento negro falha pelo caráter machista, oferece ferramentas metodológicas reservadas às experiências apenas do homem negro (Akotirene, 2022, p. 19).

Portanto, Crenshaw (2002) argumenta que é essencial adotar uma abordagem interseccional, que reconheça e integre as interações complexas entre diferentes formas de opressão. Isso significa compreender que as pessoas podem enfrentar diversas formas de discriminação e desvantagem simultaneamente, e que essas experiências interligadas não podem ser separadas de forma eficaz ao buscar transformação social.

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de 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, p. 177).

Embora o termo *interseccionalidade* tenha sido cunhado por Kimberlé Crenshaw nos anos 1980, a ideia subjacente a esse conceito já vinha sendo discutida por outras feministas anteriormente. Lélia Gonzalez, uma importante intelectual e ativista brasileira, é um exemplo notável desse pensamento precursor.

Lélia Gonzalez, ao longo das décadas de 1970 e 1980, abordou as interseções entre raça, gênero e classe em seus escritos e discursos. Ela destacou como as mulheres negras, especialmente na América Latina, enfrentavam uma dupla marginalização: não apenas como mulheres em uma sociedade patriarcal, mas também como negras em uma estrutura racista. Gonzalez (2020) utilizava o conceito de *Amefricanidade* para destacar a importância das raízes africanas na formação das identidades e culturas latino-americanas, e para enfatizar a especificidade das opressões enfrentadas pelas mulheres negras nessa região.

As implicações políticas e culturais da categoria de amefricanidade (Amefricanity) são, de fato, democráticas; exatamente porque o próprio

termo nos permite ultrapassar as limitações de caráter territorial, linguístico e ideológico, abrindo novas perspectivas para um entendimento mais profundo dessa parte do mundo onde ela se manifesta: *A AMÉRICA* como um todo (Sul, Central, Norte e Insular). Para além do seu caráter puramente geográfico, a categoria de amefricanidade incorpora todo um processo histórico de intensa dinâmica cultural (adaptação, resistência, reinterpretação e criação de novas formas) que é afrocentrada, isto é, referenciada em modelos como: a Jamaica e o akan, seu modelo dominante; o Brasil e seus modelos iorubá, banto e ewe-fon (Gonzalez, 2020, p. 122).

Assim, embora Crenshaw tenha fornecido a terminologia e uma estrutura teórica clara para a interseccionalidade, as ideias que fundamentam esse conceito já estavam sendo articuladas e desenvolvidas por feministas como Lélia Gonzalez. Essas pensadoras ajudaram a pavimentar o caminho para uma análise mais rica e inclusiva das diversas formas de opressão e subordinação que se entrelaçam para moldar as experiências das mulheres em todo o mundo.

Patricia Hill Collins, em sua obra *Bem Mais que Ideias: A Interseccionalidade como Teoria Social Crítica* (2022), apresenta uma visão da interseccionalidade como teoria social crítica, posicionando-a entre a análise crítica e a ação social. Para Collins, a interseccionalidade não se limita a um conceito teórico acadêmico, mas se configura como uma ferramenta para a mudança social. A interseccionalidade, segundo a autora, oferece um olhar crítico sobre as raízes da desigualdade, reconhecendo a interconexão entre diferentes categorias sociais.

Como a interseccionalidade pode fazer sentido por si mesma, especialmente em relação a seu potencial como teoria social crítica em construção? A interseccionalidade oferece uma janela para se pensar sobre a importância das ideias e da ação social na promoção da transformação social (Collins, 2022, p. 64).

Carla Akotirene (2022, p. 19) entende que a interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado. A autora busca adaptar o conceito de interseccionalidade às especificidades do Brasil, destacando como as estruturas de opressão afetam de maneira particular as mulheres negras brasileiras, defendendo que a interseccionalidade exige orientação geopolítica.

Akotirene (2022) reforça que a interseccionalidade é uma poderosa ferramenta para analisar como o colonialismo subjuga grupos considerados oprimidos. Ao adotar uma perspectiva interseccional, é possível entender melhor as dinâmicas complexas e multifacetadas de opressão que emergem do legado colonial. O colonialismo não apenas

impôs um sistema de exploração econômica e territorial, mas também instituiu posições raciais, culturais e de gênero que continuam a afetar profundamente as sociedades pós-coloniais.

Ao analisar a interseccionalidade e as desigualdades sociais que ela revela, é fundamental mergulhar nas estruturas que moldam os conceitos de raça e gênero na sociedade. Essas estruturas, muitas vezes invisíveis e naturalizadas, operam como mecanismos de poder que definem e limitam as experiências de diferentes grupos sociais.

Pensar em raça é entender que não é um conceito biológico, mas sim uma construção social complexa e histórica. Ao longo dos séculos, diferentes sistemas de classificação racial foram utilizados para justificar a opressão e a exploração de grupos minoritários. Antônio Sérgio Alfredo Guimarães (1999, p. 11) desenvolve a tese de que a raça é uma construção social que diferencia grupos de pessoas.

“Raça” é um conceito que não corresponde a nenhuma realidade natural. Trata-se, ao contrário, um conceito que denota tão somente uma forma de classificação social, baseada numa atitude negativa frente a certos grupos sociais, e informada por uma noção específica de natureza, como algo endodeterminado. A realidade das raças limita-se, portanto, ao mundo social. Mas, por mais que nos repugne a empulhação que o conceito de “raça” permite - ou seja, fazer passar por realidade natural preconceitos, interesses e valores sociais negativos e nefastos, tal conceito tem uma realidade social plena, e o combate ao comportamento social que ele enseja é impossível de ser travado sem que se lhe reconheça a realidade social que só o ato de nomear permite.

Esse conceito é essencial para entender como as categorias raciais são formadas e perpetuadas na sociedade. Ao afirmar que a raça é um construto social, Guimarães enfatiza que as diferenças raciais não são genéticas ou biológicas, mas são criadas e mantidas através de processos sociais.

Ao analisarmos o conceito de raça é fundamental reconhecer que sua origem está profundamente enraizada no colonialismo, um sistema de exploração e dominação que moldou a história da humanidade nos últimos séculos. A história do Ocidente é escrita pelos colonizadores europeus que construíram o imaginário do “nós” e dos “outros” para reforçar a ideia de diferença racial e assim justificar a colonização dos não europeus.

Analisando a visão do europeu sobre os não europeus, pode-se concluir que aquele ganhou em força e em identidade, uma espécie de identidade substituta, clandestina, subterrânea, colocando-se como o “homem universal”, em comparação com os não europeus. Assim, foi no bojo do processo de colonização que se constituiu a branquitude. Os europeus,

brancos foram criando uma identidade comum que usou os africanos, negros, como principal contraste. A natureza desigual dessa relação permitiu que os brancos estipulassem e disseminassem o significado de si próprios e do outro através de projeções, exclusões, negações e atos de repressão (Bento, 2022, p. 28-29).

A compreensão da construção social da raça nos leva a um exame crítico da sociedade escravista e do seu papel fundamental ao transformar o africano em escravo, definindo sua raça como negro (Souza, 2021). Na lógica da escravidão, o africano era visto como uma propriedade, uma mercadoria a ser comprada, vendida e explorada. Sua humanidade era negada, sua cultura reprimida e sua identidade suprimida.

Essa imposição da identidade negra como um marcador de inferioridade teve consequências devastadoras para os africanos e seus descendentes. A crença na superioridade da raça branca e na inferioridade da raça negra serviu como base para a legitimação da escravidão, do racismo e de outras formas de opressão. As marcas da desumanização e da imposição da identidade negra na sociedade escravista ainda se fazem sentir na sociedade contemporânea.

Na ordem social escravocrata, a representação do negro como socialmente inferior correspondia a uma situação de fato. Entretanto, a desagregação dessa ordem econômica e social e sua substituição pela sociedade capitalista tornou tal representação obsoleta. A espoliação social que se mantém para além da Abolição busca, então, novos elementos que lhe permitam justificar-se. E todo um dispositivo de atribuições de qualidades negativas aos negros é elaborado com o objetivo de manter o espaço de participação social do negro nos mesmos limites estreitos da antiga ordem social. “Os brancos isolavam certos aspectos do comportamento dos negros das condições que os produziram, passando a encará-los como atributos invariáveis da natureza humana dos negros” (Souza, 2021, p. 48).

Nessa perspectiva, a raça foi criada para diferenciar e naturalizar a forma degradante que brancos tratam os não brancos. No caso desta pesquisa o foco é o tratamento desumanizador empregado as pessoas negras baseada na concepção de raça.

Seguindo a ideia da interseccionalidade de raça e gênero, faz-se necessário explicitar agora o conceito de gênero. Pensar em gênero é entender que ele não é algo inato ou biológico, mas sim uma construção social, ou seja, um conjunto de normas, valores e expectativas que as sociedades definem e atribuem a homens e mulheres. Sendo assim, é necessário ressaltar que gênero não é sinônimo de sexo, é uma construção social, detentora de uma distribuição desigual de poder (Delfino, 2019, p. 20).

O conceito de gênero é uma categoria histórica complexa, amplamente investigada intelectualmente. Ele pode ser entendido de diferentes maneiras: como um aparelho

semiótico, como símbolos culturais que evocam representações e conceitos normativos, e como divisões assimétricas de características e potencialidades atribuídas socialmente (Saffioti, 2015). Cada feminista enfatiza determinado aspecto do gênero, havendo um campo, ainda que limitado, de consenso: o gênero é a construção social do masculino e do feminino (Saffioti, 2015, p. 47).

Destaca-se, ainda, que na atualidade, quando falamos em estudos de gênero, grande parte da comunidade acadêmica associa-se aos estudos de mulheres, ou de coisas relacionadas a estas, como realizaremos neste estudo. Porém, é preciso ressaltar que a categoria analítica não se limita à mulher, como analisa Butler (2003, p. 24) ao entender que gênero não está dentro do binarismo masculino e feminino: “Além disso, mesmo que os sexos pareçam não problematicamente binários em sua morfologia e sua constituição (ao que será questionado), não há razão para supor que os gêneros também devam permanecer em número de dois”.

Para Bruschini e Ardaillon (1998, p. 25 *apud* Delfino, 2019, p. 20) gênero é o princípio que transforma as diferenças biológicas entre os sexos em desigualdades sociais, estruturando a sociedade sobre a assimetria das relações entre homens e mulheres. Essa abordagem destaca a importância de entender o gênero não apenas como uma característica biológica, mas como uma construção social que influencia significativamente as interações e as estruturas sociais.

O gênero se configura como uma lente fundamental através da qual interpretamos e significamos as relações de poder na sociedade. Scott (1995) analisa que o gênero é uma forma de significar as relações de poder. Essa lente molda nossa percepção do mundo, influenciando como nos relacionamos uns com os outros e como distribuimos poder e recursos.

O gênero e a raça não são categorias únicas e separadas, mas sim forças entrelaçadas que moldam a vida das pessoas. Essa junção de raça e gênero produz diferentes experiências de poder e marginalização, dependendo da interseccionalidade entre essas categorias para analisar a sociedade de acordo com suas particularidades.

Esta pesquisa explora a interseccionalidade de raça e gênero, buscando compreender como a violência obstétrica incide com maior intensidade e crueldade sobre mulheres negras. Ao contemplar os marcadores de raça e gênero no contexto obstétrico, a análise desvenda as raízes do racismo obstétrico, um sistema de opressão que perpetua a desumanização e a violação dos direitos das mulheres negras durante a gestação, parto e pós-parto.

O racismo obstétrico se manifesta como uma intersecção entre a violência obstétrica e o racismo institucional, tecendo uma teia de opressão que desumaniza e viola os direitos das

mulheres negras durante o parto e o cuidado pré e pós-natal. Essa intersecção cria barreiras significativas para a saúde e o bem-estar dessas mulheres, resultando em disparidades alarmantes nos resultados de saúde materna de mulheres negras em comparação a mulheres brancas.

Recapitulando a definição anteriormente citada, a VO pode ser compreendida como uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto que inclui perda da autonomia e decisão sobre seus corpos (Ferreira, 2019). Podemos analisar a VO como uma violência de gênero, onde profissionais responsáveis pela saúde materna exercem domínio reprodutivo sobre as mulheres.

A experiência da maternidade para mulheres negras transcende a violência de gênero, mergulhando-as em um mar de racismo institucional, que as priva de direitos básicos e as submete a uma cruel realidade de desumanização e sofrimento. Essa realidade amarga exige um olhar atento e interseccional.

Para compreender a relação entre violência de gênero e racismo institucional que dá contorno ao racismo obstétrico, é fundamental entendermos os mecanismos e as dinâmicas que permeiam essa realidade. No Capítulo I desta dissertação exploramos a conceituação de violência contra a mulher, tecendo pontes com a violência de gênero.

No Capítulo I entendemos que a violência de gênero transcende a mera agressão física ou psicológica, revelando-se como um reflexo das normas, papéis e expectativas sociais impostas aos diferentes gêneros. Essa teia complexa de desigualdades alimenta a violência, perpetuando a subordinação e a opressão de mulheres.

Sendo assim, para o desenvolvimento da análise do racismo obstétrico, faz-se necessário nesse momento explicitar o conceito de racismo institucional, um dos pilares que sustentam essa cruel realidade. Essa jornada conceitual nos permitirá compreender as raízes desta opressão.

Iniciar a jornada de pesquisa sobre o racismo obstétrico exige uma análise na complexa definição do racismo, para assim compreender o racismo institucional. O racismo se configura como um sistema de opressão social, política, econômica e cultural que privilegia pessoas brancas em detrimento de pessoas negras e de outras raças.

Grada Kilomba em seu livro *Memórias de Plantação* (2021) defende a ideia que o racismo possui três características que se entrelaçam e se reforçam mutuamente. A primeira é a diferença que se configura como a base do racismo, que se manifesta através da construção social de categorias raciais artificialmente distintas e hierarquizadas. Para a autora, a construção da “diferença” é baseada em raça e religião, questionando quem é considerado

“diferente” de quem. Ela argumenta que a branquitude é estabelecida como a norma, e todos que não se encaixam nessa norma são considerados “diferentes”. Esse processo de discriminação faz com que a diferença seja imposta, não inerente, destacando como o poder define a normatividade e cria a distinção (Kilomba, 2021).

A segunda característica que o racismo sustenta é um sistema de valores hierárquicos que coloca a raça branca no topo e as demais raças na base da pirâmide social. Kilomba afirma que as diferenças construídas em termos de raça e religião são inseparavelmente ligadas a valores hierárquicos. Não apenas os indivíduos são vistos como “diferentes”, mas essa diferença é também associada ao estigma, desonra e inferioridade. Esses valores hierárquicos se naturalizam e são aplicados a todos os membros de um grupo, que chegam a ser vistas/os como “a/o problemática/o”, “a/o difícil”, “a/o perigosa/o”, “a/o preguiçosa/o”, “a/o exótica/o”, “a/o colorida/o”, “a/o, incomum”. Esses dois últimos processos - a construção da diferença e sua associação com uma hierarquia - formam o que também é chamado de preconceito (Kilomba, 2021, p. 75-76).

A terceira característica descrita por Kilomba é o poder. É preciso refletir que o racismo é um sistema de poder que controla e oprime pessoas negras. A autora entende que o racismo é formado pela combinação de preconceito e poder histórico, político, social e econômico, caracterizando-se como supremacia branca. Outros grupos raciais não podem ser racistas porque não possuem esse poder. Os conflitos envolvendo esses grupos devem ser definidos como preconceito. O racismo inclui a dimensão do poder e se manifesta nas diferenças globais no acesso a recursos valorizados, como representação política, mídia, emprego, educação, habitação e saúde (Kilomba, 2021).

Sendo assim, o racismo é a manifestação normal de uma sociedade, e não um fenômeno patológico ou que expressa algum tipo de anormalidade (Almeida, 2019, p. 15). O racismo, como um sistema complexo e perverso, não se limita à mera discriminação racial. Ele se configura como uma força estrutural que permeia a sociedade contemporânea, fornecendo o sentido, a lógica e a tecnologia para a reprodução de diversas formas de desigualdade e violência.

O racismo institucional se configura como um dos pilares fundamentais do sistema racista, alimentando-se de toda a complexa configuração do racismo que permeia a sociedade contemporânea. Essa estrutura se manifesta através de leis, políticas e práticas institucionais que discriminam pessoas negras e perpetuam as desigualdades raciais.

Assim, a principal tese dos que afirmam a existência de racismo institucional é que os conflitos raciais também são parte das instituições. Assim, a desigualdade racial é uma característica da sociedade não apenas por causa da ação isolada de grupos ou de indivíduos racistas, mas fundamentalmente porque as instituições são hegemônicas por determinados grupos raciais que utilizam mecanismos institucionais para impor seus interesses políticos e econômicos (Almeida, 2019, p. 27).

O racismo institucional se configura como um instrumento que visa manter a hegemonia de um grupo racial no poder. Através do estabelecimento de parâmetros discriminatórios baseados na raça, o racismo institucional perpetua a opressão e a exclusão de pessoas negras, marginalizando suas culturas, seus valores e suas formas de vida.

Assim, o domínio de homens brancos em instituições públicas – o legislativo, o judiciário, o ministério público, reitorias de universidades etc. – e instituições privadas – por exemplo, diretoria de empresas – depende, em primeiro lugar, da existência de regras e padrões que direta ou indiretamente dificultem a ascensão de negros e/ou mulheres, e, em segundo lugar, da inexistência de espaços em que se discuta a desigualdade racial e de gênero, naturalizando, assim, o domínio do grupo formado por homens brancos (Almeida, 2019, p. 27-28).

Ao construir esses conceitos de violência de gênero e racismo institucional podemos entender como o racismo obstétrico opera. A presença do racismo na atenção da saúde materna mostra como o racismo obstétrico tornou-se uma prática institucional determinando o valor de cada vida segundo a cor.

Podemos analisar o racismo presente no ambiente obstétrico como uma política “deixar viver e deixar morrer” presente na ideia de biopoder analisado por Foucault (Carneiro, 2023). Essa análise nos permite compreender como o poder médico, imbuído de lógicas racistas e patriarcais, opera para controlar, disciplinar e subjugar a reprodução de mulheres negras, perpetuando desigualdades e colocando em risco suas vidas.

A *Pesquisa Nascer no Brasil II: Inquérito Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento* (2023), um estudo realizado em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), aponta que as mulheres negras ocupam os índices mais elevados de mortalidade materna. Dados preliminares de 2022 indicam que, enquanto a taxa de mortalidade materna é de 46,56 para mulheres brancas, ela é mais que o dobro para mulheres negras, com 100,38 óbitos por cada 100 mil nascidos vivos. Para mulheres pardas, a taxa de mortalidade é de 50,36.

Ao aplicarmos a lente analítica da necropolítica, conceito cunhado pelo filósofo camaronês Achille Mbembe, ao contexto do racismo obstétrico, desvendamos uma cruel realidade: a política de extermínio disfarçada de atendimento à saúde que vitima mulheres negras. Essa análise nos permite compreender como a lógica do “quem pode viver e quem deve morrer”, presente na necropolítica, se manifesta no âmbito da saúde reprodutiva, subjugando e eliminando corpos negros através de práticas desumanizantes e violentas.

[...] soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Por isso, matar ou deixar viver constituem os limites da soberania, seus atributos fundamentais. Exercitar a soberania é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação de poder (Mbembe, 2018, p. 5).

O descaso com a proteção ao parto de mulheres negras se configura como um elo crucial em uma cadeia de violações sistemáticas dos seus direitos reprodutivos. O racismo obstétrico se configura como uma manifestação da necropolítica no âmbito da saúde reprodutiva, onde mulheres negras gestantes e parturientes têm suas vidas negligenciadas e colocadas em risco por práticas discriminatórias no ambiente hospitalar.

Pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a prefeitura do Rio de Janeiro identificou discriminação racial em hospitais e maternidades, públicos e privados, da cidade do Rio de Janeiro. O estudo ouviu 10 mil mulheres imediatamente após o parto, entre julho de 1999 e março de 2001, e controlou escolaridade e classe social. A conclusão do estudo é que existe tratamento diferenciado para gestantes negras e brancas expresso na menor atenção às primeiras. Essa desigualdade se manifesta numa variedade de procedimentos médicos, tais como: uso de analgesia de parto, ausculta de batimentos cardíacos do feto, medida do tamanho do útero durante o pré-natal, respostas às dúvidas durante o pré-natal, permissão de acompanhante antes e depois do parto (Carneiro, 2023, p. 71).

Ao analisarmos a violência obstétrica sob a ótica da interseccionalidade, nos deparamos com uma realidade cruel e complexa: mulheres negras vivenciam essa forma de opressão de forma ainda mais intensa, com consequências devastadoras em suas vidas. A intersecção entre raça e gênero se torna um fator crucial para compreender a profundidade do sofrimento e a desigualdade sistêmica que permeia essa questão.

É pensando nessa interseccionalidade de raça e gênero que o racismo obstétrico se molda, sendo esse racismo entendido como a violência cometida contra mulher negra gestante e/ou parturiente, em decorrência de sua raça/cor e que se materializa por meio de ações e omissões (Delfino, 2023, p. 36).

O racismo obstétrico tem lugar na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo médico. Violência obstétrica é uma forma de violência baseada em gênero experimentada por pessoas que dão à luz e que são submetidas a atos de violência que resultam em sua subordinação porque são pacientes obstétricas (Davis, 2020, p.753).

Embora a violência obstétrica seja uma ferramenta útil para analisar abusos na assistência à saúde materna, ela não aborda de forma suficiente o racismo específico que afeta as mulheres negras durante esses atendimentos. Para essas mulheres, a violência obstétrica não se limita à negligência ou maus-tratos comuns a todas as pacientes, mas é agravada pela intersecção de opressões de raça e gênero. Mulheres negras enfrentam preconceitos raciais que influenciam as atitudes dos profissionais de saúde, que podem subestimar suas queixas, minimizar sua dor ou desconsiderar suas necessidades específicas. Esses contornos raciais transformam os encontros médicos em situações de vulnerabilidade acentuada, nas quais estereótipos raciais e históricos de desumanização reforçam um atendimento desigual e discriminatório.

O racismo obstétrico, então, pode ser lido como uma política de morte, onde a omissão, o descaso e a violência contra mulheres negras em momentos cruciais como o parto revelam uma necropolítica que nega a elas o direito à vida e ao cuidado digno, reforçando desigualdades estruturais.

Mesmo diante do racismo obstétrico, que as coloca em uma posição de extermínio, mulheres negras demonstram uma força e resistência na luta por seus direitos reprodutivos. No próximo tópico analisaremos como, apesar dos desafios e obstáculos impostos por uma sociedade racista e patriarcal, elas se organizam em movimentos e iniciativas que buscam garantir o acesso à saúde digna, à autonomia sobre seus corpos e à liberdade de decidir sobre sua maternidade.

2.5 A luta para a garantia dos direitos reprodutivos da mulher negra no Brasil

A história de luta e resistência das mulheres negras não é recente. Ela remonta ao momento em que essas mulheres foram escravizadas em sua terra mãe e transportadas rumo ao destino de marginalização e violência do outro lado do Atlântico. Desde a captura e o tráfico forçado, as mulheres negras têm demonstrado uma resistência frente às adversidades extremas impostas pela escravidão.

Durante o período colonial, as mulheres negras foram submetidas a trabalhos forçados extenuantes, abusos físicos e sexuais, e condições de vida desumanas. No entanto, mesmo sob

tais condições opressivas, elas encontraram maneiras de resistir. Suas formas de resistência incluíam desde a preservação de práticas culturais e religiosas africanas até a participação ativa em revoltas e fugas. Muitas mulheres negras se destacaram como líderes em quilombos, comunidades de escravos fugitivos que simbolizavam a luta pela liberdade e autonomia.

Aqui eu retomo uma história de resistência de uma mulher negra passada de geração para geração, de forma oral, pelos filhos de Cuiabá, sejam eles *chapa e cruz* ou não. Mãe Bonifácia foi uma mulher negra escravizada que teve sua alforria após não ter mais serventia aos senhores escravistas por estar com idade avançada e doente. Bonifácia passou a viver em um barracão próximo a um carrego na saída da Estrada da Guia. Aos negros escravizados fugitivos, Mãe Bonifácia orientava a seguirem o caminho dentro do córrego para que não deixassem rastros para serem capturados pelos capitães do mato. Ela acolhia e guiava os fugitivos até uma região de mata densa, que em seu interior funcionava um quilombo, onde muito tempo depois a região recebeu o nome de Bairro Quilombo. Bonifácia foi uma heroína e mãe para os negros escravizados, um símbolo de luta e resistência feminina negra no Mato Grosso, que lembro com admiração, e que exemplifica que a luta de mulheres negras no Brasil começou a muito tempo.

Sendo assim, o movimento do povo negro não é algo atual. Organizar-se coletivamente foi uma estratégia crucial para não serem consumidos pela desesperança de uma vida subjugada (Rodrigues, 2020). Enfrentar um sistema marcado pela hegemonia do homem branco foi e é uma forma de resistência para defender a sua existência.

A compreensão do que define um movimento social vai além da estrutura formal e organizada que costumamos associar a esses grupos nos dias de hoje. As raízes dos movimentos sociais se entrelaçam com a própria história da humanidade.

Se tivermos que optar por uma definição do termo ‘movimentos sociais’, considerando as tão variadas abordagens existentes e aceitas, poderíamos dizer que o mesmo se refere a formas de organização e articulação baseadas em um conjunto de interesses e valores comuns, com o objetivo de definir e orientar as formas de atuação social. Tais formas de ação coletiva têm como objetivo, a partir de processos frequentemente não-institucionais de pressão, mudar a ordem social existente, ou parte dela, e influenciar os resultados de processos sociais e políticos que envolvem valores ou comportamentos sociais ou, em última instância, decisões institucionais de governos e organismos referentes à definição de políticas públicas (Machado, 2007, p. 252).

É notório que os direitos humanos não estão ao alcance da população negra no Brasil. Nesse contexto, podemos observar que a articulação feminina negra sempre esteve presente para a garantia de vida desde a travessia em tumbeiros para as Américas.

[...] se não fosse a resistência e o imperativo de sobrevivência ao cenário violento possibilitado pela espoliação do povo negro africano talvez não existissem as mulheres negras. A resistência é parte intrínseca à identidade negra feminina, já que as experiências de desfavorecimento social, político, econômico e cultural vêm fazendo parte de seu cotidiano desde a travessia transatlântica (Santos, 2021, p. 157).

Ao longo da história, o movimento de mulheres negras se consolidou como uma força na luta por justiça social, racial e de gênero. Entre as diversas bandeiras que erguem, os direitos reprodutivos que abrangem esforços para garantir que as pessoas tenham a capacidade legal e política de fazer escolhas relacionadas a vida sexual e reprodutiva (Collins, 2021, p. 133) se destacou como uma prioridade fundamental, evidenciando as desigualdades estruturais que impactam a vida das mulheres negras em diferentes esferas.

Na década de 1950, o Teatro Experimental do Negro (TEN), grupo teatral pioneiro na luta contra o racismo no Brasil, se destacou não apenas por suas peças inovadoras, mas também pela atuação de suas mulheres em diversos âmbitos, incluindo a luta por acesso à maternidade digna para mulheres negras.

A todas nós mulheres negras, compete modificar este quadro sombrio. Como? Nada de desânimo quando uma maternidade, por exemplo, negar 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. 158).

Ao falar sobre direitos reprodutivos de mulheres negras e a contribuição do movimento social negro nesse âmbito, é fundamental destacar os esforços e investimentos realizados por esse movimento na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que só foi solidificada em 2007 com a realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde. O PNSIPN tem como objetivo geral promover a saúde da população negra integralmente, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS (Santos, 2021, p. 161).

Seu propósito é garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional (Brasil, 2013, p. 7).

No final dos anos 1980, o cenário para a consolidação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) começou a se formar, impulsionado por duas campanhas importantes desenvolvidas pelo movimento negro e pelo movimento de mulheres negras: a campanha *Não matem nossas crianças*, que denunciava o extermínio de crianças e jovens negros, e a *Campanha nacional contra a esterilização em massa de mulheres negras*, que denunciava a esterilização forçada como uma forma de genocídio do povo negro.

O cenário para a consolidação da PNSIPN começa a se delinear no final dos anos 1980 e início da década de 1990. Neste momento, duas campanhas importantes foram desenvolvidas pelo movimento negro e pelo movimento de mulheres negras. A primeira delas, chamada *Não matem nossas crianças*, denunciava o extermínio de crianças e jovens negros pelos chamados grupos de extermínio. Posteriormente, tomou corpo a Campanha nacional contra a esterilização em massa de mulheres negras, com o slogan *Esterilização das mulheres negras: do controle da natalidade ao genocídio do povo negro*, liderada pelo Programa de Mulheres do Centro de Articulação de Populações Marginalizadas do Rio de Janeiro (Lopes; Werneck, 2009 *apud* Santos, 2021, p. 158-159).

A partir do fim da década de 1970, as mulheres negras no Brasil protagonizam uma jornada histórica de luta por visibilidade, justiça social e reconhecimento. Em 1988, a cidade de Valença, no estado do Rio de Janeiro, foi palco de um evento histórico: o 1º Encontro Nacional de Mulheres Negras. O debate sobre saúde da mulher negra ganhou campo, especialmente a partir das denúncias de grupos sobre a esterilização em massa de mulheres brasileiras (Rodrigues, 2020, p. 61).

Na década seguinte, no ano de 1993, acontecia o Seminário Nacional Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras, onde foi elaborada a *Declaração de Itapecerica da Serra* (Rodrigues, 2020). O documento em questão representou um marco na luta das mulheres negras no Brasil. Ao expressar a opinião coletiva desse grupo sobre diversas questões sociais, políticas e culturais, o documento se torna um instrumento de afirmação da identidade e da voz das mulheres negras.

Desde o ano de 1950, várias organizações formadas por mulheres negras surgiram pelo país (Rodrigues, 2020). Nos últimos anos, o movimento de mulheres negras no Brasil tem se

reinventado, buscando novas formas de atuação para alcançar seus objetivos. Essa reinvenção se manifesta em diversas frentes, desde a emergência de novos formatos organizacionais até a exploração de diferentes ferramentas e estratégias de luta.

Sendo assim, ao tomarem o protagonismo em diversos debates, as mulheres negras transcendem a representação individual, tornando-se porta-vozes de um movimento coletivo. É evidente que os direitos reprodutivos são importantes, mas é necessário ir além, pensando assim em justiça reprodutiva, tema que será abordado no próximo tópico.

2.6 Desbravando novos caminhos: justiça reprodutiva para mulheres negras

Historicamente, as mulheres negras têm sido sujeitadas a inúmeras formas de controle reprodutivo, desde a exploração e a violência sexual durante a escravidão até políticas de esterilização forçada.⁴ Esse legado de controle sobre os corpos das mulheres negras deixou marcas profundas que ainda influenciam suas experiências reprodutivas hoje. A luta pela justiça reprodutiva busca reverter essa trajetória, promovendo autonomia, respeito e equidade.

Foi na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, que se definiu, em âmbito internacional, o conceito de direitos sexuais e reprodutivos, representando um marco histórico na luta por esses direitos.

Assim, após a chamada Conferência de Cairo, mulheres e homens foram reconhecidos como sujeitos do direito básico de “decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também o direito de toda pessoa de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.” (§ 7.3, do Capítulo VII, da Plataforma de Ação de Cairo) (Coletivo Margarida Alves, 2020, p. 8).

Antes da histórica CIPD na Organização Nacional das Nações Unidas (ONU), um grupo de ativistas feministas negras se reuniu em uma conferência pró-escolha nos Estados Unidos e cunharam a expressão *justiça reprodutiva* (Collins, 2021). Esse grupo de mulheres entendia que o movimento feminista tradicional, liderado por mulheres brancas de classe média, muitas vezes negligenciava as experiências e demandas específicas das mulheres negras que enfrentavam opressões adicionais por conta da sua raça e classe social.

⁴ O Brasil já realizou esterelização em massa nas mulheres como revela o relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, destinado a investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil, publicado em 1993.

Essa conferência representou um ponto de virada na luta por direitos reprodutivos, ao trazer à tona a necessidade de uma abordagem interseccional. As mulheres negras presentes na conferência reconheceram que seus direitos reprodutivos não poderiam ser defendidos de forma isolada, mas sim como parte de uma luta mais ampla contra o racismo, o sexismo e a desigualdade social.

Como líderes comunitárias, as participantes do grupo consideravam que mudanças estruturais eram essenciais para a justiça reprodutiva. A ideia de justiça reprodutiva se espalhou rapidamente em um contexto global em que o apoio da ONU aos direitos humanos dialogava com as necessidades de vários grupos (Collins, 2021, p. 131-132).

O termo justiça reprodutiva foi popularizado mais tarde, especialmente a partir do trabalho desenvolvido pelo Coletivo *SisterSong* (Coletivo Margarida Alves, 2020). Pensar em justiça reprodutiva é, portanto, uma estratégia para ampliarmos o olhar para os direitos reprodutivos das mulheres, evidenciando que sem justiça social o exercício pleno desses direitos não é possível.

Destacando a dinâmica relação entre lei, movimentos sociais e estudos acadêmicos, a justiça reprodutiva é um constructo mais amplo que a saúde reprodutiva os direitos reprodutivos. Reconhecendo a importância dos serviços de saúde para a manutenção da boa saúde, a justiça reprodutiva considera a garantia do bem-estar físico, espiritual, político, econômico e social de mulheres e meninas parte da saúde reprodutiva. Reconhecendo a necessidade de proteções legais, a justiça reprodutiva visa a transformar os direitos humanos formais em direitos reprodutivos substantivos (Collins, 2021, p. 134).

A justiça reprodutiva reconhece que fatores como racismo, pobreza, discriminação de gênero e desigualdade de acesso aos recursos têm um impacto profundo na saúde reprodutiva. Ela defende que para alcançar a verdadeira equidade reprodutiva é necessário abordar essas desigualdades estruturais que afetam a capacidade das pessoas de exercer plenamente seus direitos reprodutivos.

Nesse sentido, podemos refletir sobre uma questão reprodutiva muito debatida, que é o aborto. Enquanto o controle reprodutivo é crucial para a autonomia feminina, surge a questão de como abordar o aborto enquanto mulheres de minorias étnicas continuam a enfrentar a perda de seus filhos devido à violência e discriminação sistêmica.

Ao discutir o aborto dentro desse contexto, é crucial considerar como as políticas de saúde reprodutiva podem impactar de maneiras diferentes mulheres de diferentes origens étnicas e raciais. Enquanto para algumas mulheres o aborto pode representar uma escolha

informada e necessária para sua saúde física, emocional e econômica, para outras significa um controle de natalidade.

As fileiras da campanha pelo direito ao aborto não incluíam um número substancial de mulheres de minorias étnicas. Dada a composição racial do movimento mais amplo pela libertação feminina, isso não significava uma surpresa. Quando eram levantadas questões sobre a ausência de mulheres racialmente oprimidas tanto no movimento mais amplo quanto na campanha pelo direito ao aborto, duas explicações eram comumente apresentadas nos debates e na literatura do período: as mulheres de minorias étnicas estavam sobrecarregadas pela luta de seu povo contra o racismo; e/ou elas ainda não haviam se conscientizado da centralidade do sexismo. Mas o real significado da pele branca como leite da campanha pelo direito ao aborto não seria encontrado na consciência aparentemente míope ou subdesenvolvida das mulheres de minorias étnicas. A verdade está escondida nas bases ideológicas do próprio movimento pelo controle de natalidade (Davis, 2016, p. 206).

A justiça reprodutiva enfatiza a importância de garantir que todas as mulheres e meninas possam tomar decisões informadas e autônomas sobre seus corpos e suas vidas reprodutivas. Isso inclui o acesso à educação sexual abrangente, métodos contraceptivos seguros e eficazes, cuidados pré-natais e pós-natais de qualidade, e o direito de decidir sobre a maternidade.

Ao integrar os direitos humanos e a justiça social, a justiça reprodutiva promove uma visão mais inclusiva e equitativa da saúde reprodutiva. Ela desafia as políticas e práticas que perpetuam a discriminação e a desigualdade, e busca criar um ambiente onde todas as pessoas possam viver com dignidade e autonomia, livres de coerção, violência e discriminação. Sendo assim, a justiça reprodutiva para mulheres negras pode ser entendida através de três pilares principais:

1. Direito de ter filhos: pensar no acesso à saúde pré-natal e pós-natal, tendo em vista que mulheres negras enfrentam barreiras significativas no acesso a cuidados pré-natais e pós-natais de qualidade. Combater a mortalidade materna, diante de que as taxas de mortalidade materna são desproporcionalmente altas entre mulheres negras. Desenvolver iniciativas de apoio durante a gravidez que forneçam suporte emocional, social e financeiro às mulheres negras grávidas são cruciais para garantir uma gravidez saudável e segura.
2. Direito de não ter filhos: garantir às mulheres negras acesso fácil e gratuito a métodos contraceptivos. Fomentar programas de educação sexual que abordem de forma abrangente e culturalmente relevante as questões de reprodução, contracepção

e saúde sexual. Combater à violência reprodutiva, prevenindo e punindo práticas coercitivas, como a esterilização forçada, garantindo que as decisões reprodutivas das mulheres sejam sempre respeitadas.

3. Direito de criar filhos em ambiente seguro e saudável: mulheres negras devem ter acesso a suporte financeiro, habitação adequada, educação e oportunidades de emprego para criar seus filhos em ambientes estáveis e seguros. Investimentos em infraestrutura, saúde pública e segurança comunitária são necessários para criar ambientes onde as famílias negras possam prosperar. Políticas públicas devem abordar as raízes do racismo estrutural que perpetuam a desigualdade e afetam negativamente a capacidade das mulheres negras de criar seus filhos em ambientes seguros.

Desbravar novos caminhos para a justiça reprodutiva das mulheres negras é uma tarefa que exige um compromisso coletivo com a equidade, a justiça e a dignidade. É necessário abordar as barreiras estruturais que perpetuam a desigualdade, garantir o acesso a cuidados de saúde reprodutiva de qualidade, e promover a autonomia e o empoderamento das mulheres negras. Somente através de uma abordagem interseccional podemos garantir que todas as mulheres tenham a liberdade e os recursos necessários para tomar decisões informadas e viver vidas saudáveis e plenas. A justiça reprodutiva não é apenas um direito individual, mas uma questão de justiça social e igualdade para todos.

CAPÍTULO III

Toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso.

(Organização Mundial da Saúde, 2014)

3. A TRAJETÓRIA DA PESQUISA E AS NARRATIVAS DE PARTO DE MULHERES NEGRAS

De modo geral, os relatos coletados revelam uma gama de experiências marcadas por desrespeito, negligência e discriminação, evidenciando a necessidade de ser discutido raça na questão da violência obstétrica. Os relatos dessas mulheres destacaram vários temas recorrentes como a desumanização e negligência, onde muitas mulheres relataram que suas queixas e dores foram minimizadas ou ignoradas pelos profissionais de saúde. Houve casos em que procedimentos foram realizados sem consentimento ou explicação adequada, exacerbando o sentimento de desumanização. Os relatos também evidenciaram o papel do racismo institucional na perpetuação da violência obstétrica contra mulheres negras. As participantes relataram sentir-se desvalorizadas, discriminadas e invisibilizadas por profissionais de saúde.

A análise dos relatos indica que a violência obstétrica contra mulheres negras não é apenas uma questão de gênero, mas também está profundamente enraizada no racismo institucional presente nas instituições de saúde. Esta interseção de opressões torna a experiência das mulheres negras única e particularmente dolorosa, pois combina a discriminação de gênero com a de raça, resultando em uma forma específica de violência e negligência.

Pensar na abordagem interseccional é crucial para compreender como as identidades de gênero e raça interagem e se sobrepõem, criando experiências únicas de opressão. As mulheres negras enfrentam uma dupla desvantagem, onde a violência obstétrica se manifesta de forma diferenciada em comparação com mulheres brancas. O racismo institucional perpetua estereótipos raciais que desvalorizam e desumanizam as mulheres negras, exacerbando a violência de gênero.

Para garantir a coleta de informações foi desenvolvido um questionário detalhado para esta pesquisa. O questionário completo está disponível nos apêndices deste estudo, mas aqui apresentarei uma visão geral do processo de elaboração e estruturação do questionário.

O questionário foi projetado com o objetivo de explorar as experiências das participantes em relação ao racismo obstétrico e outros aspectos relacionados à saúde materna, focando em aspectos como a qualidade do cuidado pré-natal, experiências durante o parto e percepções sobre violência obstétrica e do racismo.

O questionário consistiu em um total de 17 perguntas, divididas em 3 seções temáticas. A primeira inclui o consentimento de participação da pesquisa com a confirmação do TCLE (Termo de Consentido Livre e Esclarecido). A segunda é referente as informações de caracterização das participantes (idade, estado civil, orientação sexual, raça/cor, quantidade de filhos e abortamento). A terceira seção é referente a experiência de parto (local do parto, acompanhante, qualidade do cuidado recebido no pré-natal, percepção da violência obstétrica e de racismo).

O tempo estimado para completar o questionário variava entre 20 e 40 minutos, dependendo das respostas e da profundidade com que as participantes escolhiam explorar suas experiências. O questionário foi administrado de forma online, utilizando uma plataforma acessível via *internet*.

Após a coleta das informações, as respostas foram analisadas qualitativamente. Isso incluiu a identificação de padrões, tendências e pontos de destaque nas experiências relatadas pelas participantes. Todas as etapas do estudo foram realizadas respeitando os princípios éticos, incluindo o consentimento informado das participantes e a garantia de anonimato e confidencialidade das informações coletadas.

3.1 *Delineamento do estudo*

A ideia de investigar a violência obstétrica contra mulheres negras surgiu a partir de uma inquietação profunda com a desigualdade racial e de gênero presente nos serviços de saúde. Ao observar dados que mostravam disparidades gritantes, percebi a necessidade urgente de escutar essas mulheres e entender suas experiências de forma mais detalhada.

Sendo assim, a jornada para coletar as informações que fundamentam esta dissertação começou com uma ideia simples: ouvir as histórias das mulheres diretamente nos hospitais. A

princípio, parecia o caminho mais natural e direto. No entanto, a realidade se mostrou mais complexa do que o previsto.

No início, acreditei que a melhor maneira de encontrar as mulheres que passaram por violência obstétrica seria visitando hospitais e clínicas. Imaginei que este seria um espaço onde as histórias de violência obstétrica poderiam ser compartilhadas com mais facilidade, já que muitas experiências traumáticas ocorrem nesse ambiente. No entanto, logo percebi que essa abordagem tinha suas limitações. As barreiras burocráticas, a dificuldade de obter permissão para acessar registros hospitalares, a relutância de algumas instituições em colaborar e, principalmente, a dificuldade de estabelecer um ambiente seguro e confortável para que as mulheres se abrissem sobre suas experiências, tornaram essa estratégia inviável.

Percebi que para obter relatos genuínos e profundos precisava encontrar um meio alternativo. As mulheres que haviam sofrido violência obstétrica muitas vezes estavam em uma posição vulnerável e relutavam em reviver essas experiências em um ambiente institucional como o hospital. Foi necessário repensar a abordagem para criar um espaço mais acolhedor e seguro para elas.

Foi então que surgiu a ideia de utilizar as redes sociais, especificamente o *Instagram*, que com seu alcance amplo e sua capacidade de conectar pessoas em diferentes contextos, mostrou-se uma ferramenta poderosa para alcançar essas mulheres. A plataforma permitiu criar um espaço virtual onde elas podiam compartilhar suas histórias de forma anônima, no conforto de suas casas, sem a pressão de um ambiente clínico.

A coleta dos relatos foi realizada através de um questionário online divulgado na página do *Instagram* (@racismoobstetrico). Através de campanhas direcionadas e *posts* informativos, comecei a receber respostas de mulheres dispostas a compartilhar suas experiências. O *Instagram* não apenas facilitou o encontro com essas mulheres, mas também proporcionou um meio de comunicação contínuo.

Figura 1 - *Instagram* da pesquisa

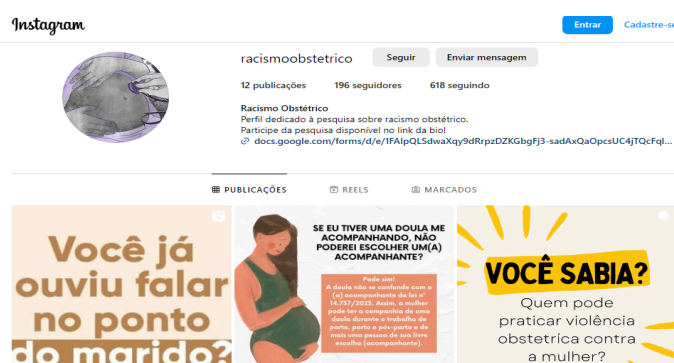


Imagem: Captura de tela/Instagram/@racismoobstétrico

3.2 Debate ético: a discussão da violência com mulheres negras

Ao abordar um tema tão sensível quanto a violência obstétrica sofrida por mulheres negras, foi imprescindível submeter a pesquisa à avaliação do Comitê de Ética. Esse processo assegurou que todas as etapas da pesquisa respeitassem os direitos e a dignidade das participantes. Um dos principais dilemas éticos enfrentados foi a necessidade de equilibrar a urgência de dar visibilidade às histórias dessas mulheres com a responsabilidade de não causar-lhes mais sofrimento.

A aprovação do Comitê de Ética foi crucial para legitimar a pesquisa e garantir que as metodologias empregadas fossem seguras e respeitassem a privacidade e o bem-estar das participantes. O parecer ético forneceu diretrizes claras sobre consentimento informado, confidencialidade e a abordagem sensível que deveria ser adotada durante a aplicação do questionário.

Enfrentar questões éticas complexas foi uma constante. Como garantir que as mulheres se sentissem confortáveis para compartilhar suas experiências dolorosas sem reviver traumas? Como abordar a questão da violência obstétrica de maneira que as participantes não se sentissem culpabilizadas ou estigmatizadas? Esses dilemas exigiram uma abordagem cuidadosa, empática e adaptativa, sempre colocando as necessidades e o bem-estar das participantes em primeiro lugar.

A reflexão ética ao longo de toda a pesquisa não foi apenas uma exigência burocrática, mas uma prática essencial para conduzir a pesquisa de maneira responsável e respeitosa. Cada decisão metodológica foi ponderada à luz dos princípios éticos, assegurando que a voz das mulheres negras fosse ouvida de maneira autêntica e digna.

3.3 Delineamento das participantes

O estudo se concentrou em mulheres negras que viveram a violência obstétrica em suas experiências pessoais. Essa escolha se baseia na necessidade de dar visibilidade às especificidades que a violência obstétrica assume na vida das mulheres negras, considerando o contexto histórico de opressão racial e de gênero que permeia a sociedade brasileira.

Foram excluídas do estudo 2 mulheres brancas (participantes 2 e 4), pois o foco principal é compreender as experiências de mulheres negras com a violência obstétrica. Além disso, também foi excluída 1 participante (participante 1) que apresentou relato de terceiro,

sem a vivência pessoal da violência obstétrica. Essa decisão visa garantir a autenticidade e a qualidade dos dados coletados.

Ao total, foram considerados 12 relatos de mulheres, cujas idades variam entre 20 e mais de 40 anos. Essa diversidade etária é significativa, pois proporciona uma ampla gama de experiências e perspectivas que enriquecem a análise dos dados.

Dos 12 relatos, a análise revelou uma diversidade em relação ao estado civil das mulheres entrevistadas. Seis delas são solteiras, o que representa quase metade das participantes. Quatro mulheres relataram ser casadas e duas participantes mencionaram serem divorciadas. Nenhuma das mulheres entrevistadas se identificou como viúva. Esse aspecto específico, embora não presente,, sublinha a importância de considerar uma ampla gama de experiências familiares e de relacionamento ao analisar os impactos da violência obstétrica. Essa diversidade de estados civis entre as participantes oferece *insights* valiosos para entender as interações complexas entre o estado civil, o suporte social e as experiências individuais de violência obstétrica.

A respeito da orientação sexual das participantes da pesquisa, observou-se uma predominância significativa de mulheres que se identificaram como heterossexuais. Especificamente, a grande maioria das respondentes se enquadrou nessa categoria, refletindo uma tendência predominante no grupo estudado. No entanto, é importante destacar a presença de diversidade dentro da amostra, uma vez que duas participantes se declararam bissexuais, representando uma minoria significativa que contribui para a compreensão da pluralidade das experiências vivenciadas.

Quando se trata da quantidade de filhos entre as entrevistadas, observou-se uma distribuição variada que reflete diferentes experiências maternas dentro do estudo. Das 12 mulheres participantes, a maioria, totalizando 10 participantes, relatou ter apenas um filho. Esse dado pode indicar que muitas das mulheres que vivenciaram violência obstétrica são mães de primeira viagem ou têm uma experiência singular de maternidade afetada por essas circunstâncias.

Duas participantes informaram ter dois filhos, destacando experiências de violência obstétrica em múltiplas gestações. Isso pode oferecer uma compreensão mais profunda de como as experiências anteriores podem influenciar as percepções e expectativas em relação ao cuidado obstétrico subsequente.

Sobre a experiência de abortamento, entre as 12 respostas consideradas, todas foram negativas. A experiência de abortamento foi uma questão explorada durante a aplicação do

questionário, buscando entender como as mulheres negras vivenciaram essa situação dentro do contexto da violência obstétrica.

A prevalência de respostas negativas sobre a experiência de abortamento sugere que, embora o foco principal da pesquisa fosse a violência obstétrica em geral, as mulheres entrevistadas não relataram abortamentos em suas histórias pessoais. Isso pode refletir várias possibilidades, como a dificuldade em falar sobre o tema, a possibilidade de que não incluiu mulheres que passaram por abortamentos, ou outras dinâmicas sociais e culturais que influenciam a disposição das mulheres em compartilhar essas experiências específicas.

Referente à experiência de parto em relação ao tipo de hospital, a maioria das participantes relatou ter dado à luz em hospitais públicos, com algumas também mencionando hospitais particulares. Estes resultados sugerem uma série de considerações importantes sobre acesso aos serviços de saúde e preferências individuais.

A predominância de partos ocorrendo em hospitais públicos pode indicar possíveis limitações de acesso a hospitais particulares. Isso pode ser atribuído a diversos fatores, como custos mais elevados de serviços privados, localização geográfica das participantes em áreas predominantemente servidas por hospitais públicos, ou a disponibilidade limitada de opções de saúde privada acessíveis.

Além das questões de acesso, a escolha de hospitais públicos também pode refletir preferências pessoais ou culturais das participantes. Muitas mulheres podem sentir-se mais confortáveis e confiantes em receber cuidados em instalações públicas, que são frequentemente vistas como mais acessíveis ou com uma abordagem mais humanizada no atendimento às necessidades de saúde materna.

É importante reconhecer que, enquanto a maioria das participantes optou por hospitais públicos, uma participante mencionou ter dado à luz em casa (parto domiciliar), o que não foi inicialmente contemplado na pesquisa. Essa diversidade de experiências destaca a importância de considerar uma variedade de contextos e preferências individuais ao avaliar o acesso e a experiência dos cuidados obstétricos.

Referente às respostas em relação à presença de acompanhante durante o parto, variou-se entre a presença e a ausência. É importante considerar o impacto significativo que essa variabilidade pode ter na experiência das mulheres.

A presença de um acompanhante durante o parto é frequentemente valorizada pelas mulheres como uma fonte crucial de apoio emocional, físico e informativo. A presença de um ente querido, seja um parceiro, familiar ou doula, pode oferecer conforto, segurança e tranquilidade durante um momento emocionalmente intenso e fisicamente desafiador.

A presença de um acompanhante pode desempenhar um papel crucial na defesa dos direitos da mulher durante o parto, ajudando-a a entender e a tomar decisões informadas sobre os procedimentos médicos e intervenções, garantindo que suas preferências sejam respeitadas e suas necessidades sejam atendidas da melhor forma possível.

A presença ou ausência de um acompanhante pode influenciar diretamente a percepção da mulher em relação a possíveis episódios de violência obstétrica. Um acompanhante pode ajudar a testemunhar e a validar suas experiências, oferecendo suporte na identificação e na resposta a práticas de saúde desrespeitosas ou coercitivas.

A avaliação do pré-natal foi geralmente positiva entre as participantes, com a maioria classificando-o como bom ou razoável. Esse resultado reflete uma percepção variada da qualidade dos cuidados recebidos durante o período pré-gestacional até o momento do parto.

As participantes que avaliaram o pré-natal como “bom” provavelmente experimentaram cuidados abrangentes, que incluem visitas regulares ao médico ou profissional de saúde, monitoramento adequado da saúde materna e fetal, além de orientações sobre nutrição, exercícios e preparação para o parto. Esse nível de cuidado pode contribuir significativamente para a saúde e o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê.

Aqueles que classificaram o pré-natal como “razoável” podem ter encontrado algumas áreas de melhoria, como possíveis desafios na comunicação com os profissionais de saúde, longos tempos de espera para consultas, ou inconsistências na continuidade do cuidado. No entanto, mesmo com essas preocupações, a percepção geral foi de que o cuidado pré-natal atendeu às necessidades básicas de saúde materna.

A maioria das participantes relatou ter percebido violência obstétrica durante seu parto, o que revela a prevalência dessa questão nas experiências das mulheres envolvidas no estudo. A violência obstétrica pode se manifestar de várias formas, incluindo tratamento desrespeitoso, abuso verbal, coerção para procedimentos médicos, ou a falta de consentimento informado.

Algumas participantes marcaram “talvez”, indicando uma percepção menos definida ou uma ambiguidade em suas experiências. Essa resposta pode refletir dificuldades em identificar claramente situações de violência obstétrica, especialmente em contextos onde as práticas desrespeitosas podem ser normalizadas ou não reconhecidas como violência por parte das mulheres.

A percepção de violência obstétrica é crucial porque afeta não apenas o bem-estar físico e emocional das mulheres durante o parto, mas também pode ter consequências de longo prazo em sua confiança nos sistemas de saúde e na busca por cuidados futuros.

Quadro 5 - Experiência das participantes

Participantes	Hospital	Acompanhante	Pré-natal	Violência obstétrica
Participante 3	Hospital público e particular	Não	Bom	Sim
Participante 5	Hospital particular	Sim	Bom	Não
Participante 6	Hospital público	Sim	Bom	Sim
Participante 7	Hospital particular	Sim	Razoável	Talvez
Participante 8	Hospital particular	Não	Bom	Sim
Participante 9	Hospital particular	Sim	Bom	Sim
Participante 10	Hospital público	Sim	Razoável	Sim
Participante 11	Hospital público	Sim	Bom	Sim
Participante 12	Domiciliar	Sim	Bom	Sim
Participante 13	Hospital público	Sim	Bom	Sim
Participante 14	Hospital público	Não	Bom	Sim
Participante 15	Hospital público	Sim	Razoável	Sim

Fonte: elaborado pela autora (2024).

Quando questionadas sobre se acreditam ter sofrido racismo durante a gravidez ou no parto, os resultados revelaram uma variedade de respostas significativas.

Metade das participantes, afirmaram categoricamente que “sim”, indicando uma percepção clara e direta de terem enfrentado discriminação racial em algum momento durante o processo de gravidez e parto. Isso sugere que essas mulheres identificaram incidentes específicos ou padrões de tratamento que interpretaram como racistas, impactando sua experiência de saúde reprodutiva.

Das 12 respostas, 3 das participantes responderam com “talvez”, o que reflete uma percepção menos definida, porém ainda marcante, sobre a possibilidade de terem sido alvo de discriminação racial. Esse “talvez” pode ser interpretado como uma expressão de dúvida, reflexão sobre experiências ambíguas ou reconhecimento de sutilezas nas interações com profissionais de saúde e estruturas institucionais.

A presença de respostas afirmativas e de “talvez” aponta para um panorama complexo em que as mulheres percebem e interpretam o racismo dentro de um contexto mais amplo de desigualdades estruturais. Esse dado não apenas evidencia as experiências individuais de violência obstétrica sob uma lente racial, mas também ressalta a importância de considerar as percepções das mulheres sobre suas próprias vivências, especialmente em relação às dinâmicas sociais e estruturais que perpetuam o racismo.

Desses relatos, 3 foram desconsiderados devido aos critérios de exclusão mencionados anteriormente, sendo os das participantes 1, 2 e 4. Os 12 relatos restantes foram analisados qualitativamente, buscando identificar as diferentes formas de violência obstétrica vivenciadas pelas mulheres negras, as consequências para suas vidas e as medidas necessárias para combatê-la. As participantes serão identificadas por números que correspondem a ordem do envio das respostas do questionário.

3.4 Análise das perguntas norteadoras da pesquisa

As duas perguntas que nortearam a pesquisa - *Você poderia fazer um breve relato da sua experiência de parto?* e *Conte qual foi o episódio de racismo que marcou sua experiência de gestação, parto ou pós-parto?* - revelaram um panorama rico e complexo das vivências das mulheres negras que participaram do estudo. Essas perguntas permitiram uma compreensão mais profunda das nuances e camadas de suas experiências, trazendo à tona questões críticas relacionadas à violência obstétrica e ao racismo institucional.

A primeira pergunta proporcionou um espaço para que as mulheres narrassem suas histórias de parto em seus próprios termos. Essas narrativas foram fundamentais para compreender a diversidade de experiências vividas pelas mulheres negras no contexto da maternidade. As respostas mostraram uma ampla gama de experiências, desde partos considerados positivos e respeitosos até relatos de negligência e maus-tratos. Algumas mulheres descreveram partos tranquilos e bem-sucedidos, enquanto outras detalharam situações de abuso, falta de comunicação e intervenções médicas sem consentimento. Para

algumas, o suporte de equipes de saúde empáticas e competentes foi um ponto alto de suas experiências. Em contraste, muitas mulheres destacaram a falta de autonomia e o desrespeito durante o trabalho de parto e o nascimento. Comentários desumanizantes e atitudes impacientes dos profissionais de saúde foram frequentemente mencionados. Várias mulheres relataram intervenções médicas, como episiotomias e cesarianas, realizadas sem explicação adequada ou consentimento informado, contribuindo para sentimentos de violação e impotência durante o parto.

A segunda pergunta foi essencial para revelar as dimensões específicas do racismo que permeiam as experiências dessas mulheres. Muitas participantes relataram episódios de racismo explícito e implícito, incluindo comentários racistas e tratamento desigual. Profissionais de saúde demonstraram atitudes preconceituosas que afetaram negativamente a qualidade do atendimento recebido. Além de incidentes de racismo mais flagrantes, as mulheres também descreveram microagressões cotidianas que contribuíram para uma sensação constante de desvalorização e invisibilidade. Essas microagressões incluíram desde suposições estereotipadas sobre suas capacidades maternas até a falta de sensibilidade cultural nos cuidados prestados. Os relatos de racismo tiveram um impacto profundo no bem-estar emocional e psicológico das mulheres, com muitas descrevendo sentimentos de humilhação, raiva e tristeza que perduraram além do período de gestação e parto. Nos tópicos a seguir, uma análise aprofundada de cada pergunta.

3.5 “*Você poderia fazer um breve relato da sua experiência de parto?*”

Os relatos das mulheres negras sobre suas experiências de parto trouxeram à tona uma série de questões relacionadas ao respeito, à dignidade das pacientes e às práticas médicas humanizadas.

3.5.1 *A trajetória do parto: entre esperanças e traumas*

Para muitas mulheres, o parto é um evento profundamente significativo, cercado de expectativas positivas e idealizações. Os relatos mostram que, antes do parto, muitas gestantes sonhavam com um processo tranquilo e cheio de apoio. Elas esperavam ser tratadas com cuidado, respeito e empatia, imaginando um ambiente acolhedor onde suas necessidades físicas e emocionais seriam atendidas. Esses sonhos frequentemente incluíam o desejo de um

parto natural ou que fosse atendida a sua escolha de parto, cercado de familiares, e uma comunicação clara e aberta com a equipe médica.

A participante 15 exprime de forma objetiva como o sonho que seu parto fosse um momento único foi transformado em um pesadelo:

E aí começa toda a trajetória do meu parto, que foi, assim, surreal. Ao mesmo tempo que era para ser uma coisa linda, foi uma coisa que me deixou muito abalada. [...] E eu só lembro que o meu sonho era tirar aquela foto com o bebezinho do lado e eu não tive essa oportunidade. Assim que ele tirou meu filho, ele me mostrou e meu filho estava roxo. Meu filho não chorava, tanto que eu gritei: meu filho tá morto! [...] (Relato da participante 15).

O desejo da presença de um acompanhante para compartilhar esse momento e para ser apoio também foi um motivo que causou impacto negativo na experiência de parto dessas mulheres.

Para muitas gestantes, a presença de um acompanhante durante o parto é essencial. Esse acompanhante, que pode ser o parceiro, um membro da família, uma amiga ou uma doula, oferece suporte emocional, físico e psicológico. A presença de alguém de confiança ajuda a reduzir a ansiedade e o medo, proporcionando conforto e segurança. Além disso, o acompanhante pode atuar como um defensor da gestante, garantindo que suas preferências e necessidades sejam respeitadas pela equipe médica.

Estava em crise de ansiedade enquanto aguardava ser chamada para a sala de cirurgia (o parto era cesárea). Mentiram para mim dizendo que minha mãe estava se trocando para entrar junto comigo, mas que enquanto isso, iriam me preparar. Eles não deixaram minha mãe entrar, depois do parto, ela me contou que disseram a ela que não tinha roupa para ela entrar no centro cirúrgico [...] (Relato da participante 8).

A negação do direito a um acompanhante também é uma forma de violência obstétrica. No Brasil, a Lei nº 14.737/2023⁵ garante às parturientes o direito de ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Quando este direito é negado, a mulher é privada de uma rede de apoio crucial, e seu direito de receber um atendimento humanizado e respeitoso é violado. Esse tipo de violação é ainda mais

⁵A Lei Federal nº 11.108/2005, mais conhecida como a Lei da/o Acompanhante foi atualizada para a Lei 14.737/2023, ampliado, assim, o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados.

impactante para mulheres negras, que já enfrentam barreiras adicionais devido ao racismo institucional.

3.5.2 Negação da autonomia e desrespeito às vontades e queixas

Um dos aspectos recorrentes nos relatos das mulheres negras sobre seus partos foi a negação da autonomia. As participantes se sentiram ignoradas, desvalorizadas e coagidas a aceitar procedimentos médicos sem o seu consentimento pleno e informado. Suas vontades e desejos sobre seus próprios corpos e a condução do parto foram negligenciados, causando frustração, impotência e um profundo sentimento de violação.

Meu primeiro parto, a dez anos atrás, aconteceu no Hospital universitário da USP. Eu era estudante da USP e fiz todo o pré-natal lá. Como é um hospital escola, a sala estava cheia de estudantes, residentes e profissionais de várias áreas da medicina obstétrica. Eu não autorizei esse monte de gente, nem sequer fui informada, era meu primeiro parto e isso me incomodou bastante. Muitas pessoas me tocaram. Eu queria e me preparei para um parto normal, mas me deram uma anestesia (rac geral) sem meu consentimento e eu não pude viver o meu parto como gostaria (Relato da participante 3).

O relato da participante 3 ilustra uma situação em que sua autonomia foi comprometida. A falta de informação sobre a presença de outros profissionais no ambiente de um hospital-escola contribui para uma experiência negativa e desumanizada. Essa violação não apenas impactou a sua experiência de parto, mas também refletiu um desrespeito fundamental aos seus direitos como paciente e como mulher.

Outro ponto importante é a administração de anestesia sem o consentimento da paciente, uma prática que configura uma clara violação da autonomia sobre o próprio corpo e do Artigo 22 do Código de Ética Médica, onde é vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado.

Outro ponto importante de análise é a imposição de cesariana pelos médicos, uma prática que, muitas vezes, desconsidera a autonomia da gestante:

Na verdade, eu tive meu direito de escolha de parto negado! Desde a primeira consulta fui informada pela médica que não faria meu parto normal, e começou a contar histórias horríveis de parto normal! (Relato da participante 9).

A cesariana, embora seja uma intervenção cirúrgica essencial em muitos casos, é frequentemente imposta de maneira inadequada ou desnecessária. As motivações para essa prática podem ser multifacetadas, incluindo desde uma percepção de segurança superior em relação ao parto normal até a conveniência dos profissionais de saúde e pressões institucionais. Em muitos contextos, a cesariana é vista como uma forma de evitar complicações imprevistas e garantir resultados rápidos, o que pode levar a uma taxa excessiva de cesarianas.

Entre os principais fatores para o alto índice de cesáreas em nosso país estariam a conveniência e a segurança do profissional de saúde; os fatores institucionais ligados ao pagamento da cesárea e à exclusão do uso da anestesia na rede SUS; a esterilização cirúrgica durante as cesáreas eletivas ou ligamento de trompas; o medo do parto normal, das lesões perineais e da dor do parto, bem como a crença de que o parto vaginal é mais arriscado que o abdominal (Bemfam, 1997; Diniz, 2004; Lopes, 2008) (Carneiro, 2015, p. 45).

No relato abaixo, a participante levanta um ponto importante sobre a humanização do parto e a dicotomia entre parto humanizado e cesariana. A humanização é um tema central para a discussão sobre a violência obstétrica e a qualidade do atendimento prestado às gestantes, especialmente no contexto de mulheres negras que frequentemente enfrentam discriminações adicionais:

Meu parto foi em 2011, naquela época eu preferi marcar uma cesariana, por influência do médico e dos familiares, e por não me sentir segura em realizar um parto normal com pessoas despreparadas e sem humanização (Relato da participante 7).

A humanização do parto é uma abordagem que visa colocar a mulher no centro do processo de nascimento, respeitando suas escolhas, autonomia e necessidades individuais. Esse modelo de assistência ao parto valoriza o cuidado respeitoso, a comunicação clara e o suporte emocional contínuo.

Por parto humanizado entende-se, grosso modo, aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor, e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado. Dessa forma, pode tratar-se do parto que ocorre em casa, com parteiras urbanas, no hospital, com o médico, na água, na vertical, na horizontal ou de cócoras, desde que a mulher tenha solicitado ou

concordado com a execução de determinadas práticas médicas (Carneiro, 2015, p. 37).

A dicotomia entre parto humanizado e cesária frequentemente surge nas discussões sobre violência obstétrica, mas é importante entender que a humanização do parto não exclui a cesariana. A questão central é o respeito à autonomia da mulher e a indicação apropriada do procedimento. Um parto humanizado pode ocorrer tanto em um parto normal quanto em uma cesariana, desde que as decisões sejam tomadas com base em evidências, em diálogo com a gestante, e respeitando suas escolhas e necessidades.

O ponto de inflexão do discurso do parto humanizado, por essa razão, é muito mais a regra da cesárea desnecessária e o uso abusivo da tecnologia e da farmacologia. Há o reconhecimento do saber médico e científico, mas também existe uma oposição ao domínio da tecnologia, na medida em que se parte do pressuposto de que o parto não é um ato médico e somente fisiológico. Parte-se de uma leitura mais ampla, de que o parto, antes de se passar no corpo, é também um acontecimento psíquico, emocional, pessoal, familiar, social e cultural, quando não também sexual e espiritual. Dessa maneira, a naturalidade emblemática do termo não deve ser entendida como pureza, essência ou sem ter em conta os precedentes. O *natural*, assim como a expressão *humanizado* precisam, por isso mesmo, desde já, serem cambiantes e percebidos para além do aprisionamento nas palavras e em seus sentidos mais tradicionais. Em vista disso, o *natural* propalado parece vir muito mais para opor-se ao excesso de cultura e de tecnologia, tidas como desnecessárias e agressivas, enquanto o *humanizado*, para caracterizar o nascimento em que os anseios e os requerimentos das mulheres sejam observados no momento do parto (Carneiro, 2015, p. 41).

Embora a imposição de cesáreas seja uma situação recorrente, como observado, existe outro lado da moeda que também merece atenção: a negação do pedido de cesariana, mesmo quando a gestante entende que essa é a melhor opção para si e seu bebê, além do histórico médico que indique a necessidade de cesária.

[...] estavam forçando um parto normal, só não tinha condições de acontecer o parto normal (Relato da participante 14).

Sendo honesta sim, eu sabia que estava tendo um direito básico negado, o de escolher que tipo de parto queria, qual era o mais seguro. Por ter tido diabetes gestacional, na minha visão, o mais seguro seria ter um parto cesária (Relato da participante 6).

É fundamental que os cuidados obstétricos sejam humanizados, respeitando os anseios e os requerimentos das mulheres (Carneiro, 2015). A mulher deve ter o direito de participar

ativamente das decisões sobre seu corpo e seu parto, com base em informações claras e detalhadas fornecidas pelos profissionais de saúde. Quando uma gestante solicita uma cesariana, é crucial que sua voz seja ouvida e considerada, especialmente se ela possui razões bem fundamentadas para acreditar que essa é a melhor opção para ela e seu bebê.

Com o propósito de garantir a humanização do parto, o Plano de Parto surge como um instrumento fundamental para garantir que as vontades e necessidades das mulheres sejam ouvidas e consideradas durante todo o processo.

O plano de parto é um documento, de caráter legal, escrito pelas mulheres grávidas após receberem informações sobre a gravidez e o processo de parto, considerando seus valores e desejos pessoais, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez. O plano de parto é o eixo da relação clínica estabelecida entre as mulheres grávidas e o/a profissional e pode servir para orientar a atenção de saúde prestada ao longo de todo o processo (Santos, 2019, p. 2).

Embora seja um documento que vise a garantia dos desejos da gestante, podemos observar no relato que esse documento também não é respeitado.

Passei por 12 horas de trabalho de parto, não tive meu Plano de parto respeitado [...] (Relato da participante 10).

Além da negação da autonomia, outra situação que as gestantes enfrentam é a invisibilidade da dor. Suas queixas e necessidades muitas vezes são ignoradas, desvalorizadas ou até mesmo ridicularizadas pelos profissionais de saúde, causando ainda mais sofrimento e frustração. Em mulheres negras a invisibilidade da dor é ainda maior, com o mito que pessoas negras são mais resistentes a dor.

Um exemplo claro dessa invisibilidade da dor pode ser visto no relato da participante 13, coletado no questionário da pesquisa. Ela descreveu um episódio no pré-natal, onde percebeu a perda de líquido amniótico. Mesmo depois de procurar atendimento médico duas vezes em um grande hospital de sua cidade, suas preocupações foram minimizadas:

Começou no pré Natal quando eu senti que tinha um líquido saindo aos poucos e diariamente, fui ao médico duas vezes, em um hospital grande na minha cidade, e segunda médica que me atendeu, disse que não era perda de líquido, molhou um pano na torneira pingou ele na minha frente e disse que eu só voltasse caso a minha calcinha estivesse assim. Bom eu estava realmente perdendo líquido aos poucos e com 39 semana em um dia meu bebê não mexeu, chegando no mesmo hospital descobriram que ele já estava

entrando em sofrimento pois estava com pouco líquido e desacelerando os batimentos (Relato da participante 13).

Outro relato impactante é o da participante 8, que descreveu uma experiência traumática durante o parto. Ela foi anestesiada, mas a anestesia afetou apenas o lado direito do corpo. Ao sentir a dor do corte no lado esquerdo e gritar, foi acusada de ser histérica e de não estar sentindo dor:

Me anestesiaram e a anestesia pegou apenas do lado direito do corpo. Eu senti a dor do corte no lado esquerdo e gritei. Eles disseram que eu estava sendo histérica e que não havia sentido dor e passaram novamente o bisturi. Eu comecei passar mal por causa da dor, tive pré eclampsia, minha pressão foi a 24.9, eles me apagaram e eu acordei cerca de 3h depois (Relato da participante 8).

Esses relatos ilustram vividamente como a invisibilidade da dor cria um ambiente profundamente desumanizante e propenso à violência obstétrica. Quando a dor das gestantes é desconsiderada ou minimizada, isso não apenas compromete o bem-estar físico e emocional das mulheres, mas também perpetua um ciclo de trauma e injustiça dentro do contexto da saúde materna.

3.5.3 Intervenções desnecessárias e violentas

Uma situação relatada pelas participantes é o uso exagerado da ocitocina durante o trabalho de parto. A ocitocina sintética é frequentemente utilizada para induzir ou acelerar o trabalho de parto, mas seu uso inadequado ou excessivo pode levar a complicações graves tanto para a mãe quanto para o bebê.

A ocitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior. Sua ação é central no trabalho de parto, já que é responsável pelo estímulo das contrações uterinas, e também na amamentação, pois atua no processo de ejeção do leite (Nucci, Nakano, Teixeira, 2018, p. 980).

As participantes do estudo relataram que a administração de ocitocina, muitas vezes sem seu consentimento ou sem explicações adequadas, resultou em contrações extremamente dolorosas e intensas. Desse modo, podemos observar que a dor do parto é amplificada com o uso abusivo da ocitocina (Diniz, 2005).

[...] me deram “sorinho” na veia (ocitocina) para intensificar a contração mesmo eu reclamando de cansaço, reaplicaram 3x e por esse motivo tive muita câimbra, me levaram para tomar intra muscular para melhorar a câimbra e o anestesista aplicou raquidiana sem a autorização médica e sem meu conhecimento, tive complicações [...] (Relato da participante 10).

Me deram uma super dosagem da medicação o que acelerou bastante o processo do parto que durou após a medicação mais ou menos 4 a 5 horas (Relato da participante 13).

E eu lembro que toda hora eles colocavam muita injeção na minha veia, que eu não sabia o que era. Eu vim saber depois, conversando com uma enfermeira conhecida e ela me falou que era o ocitocina que eles estavam colocando (Relato da participante 15).

Outra situação vivenciada pelas participantes foi a realização da episiotomia, um procedimento cirúrgico em que uma incisão é feita no períneo (a área entre a vagina e o ânus) durante o parto para ampliar a abertura vaginal. Apesar de a episiotomia ter sido uma prática comum em décadas passadas, as instituições de saúde agora recomendam seu uso restrito, apenas quando estritamente necessário, devido aos seus potenciais riscos e complicações.

A episiotomia vem sendo usada como rotina desde meados do século XX na crença de que facilita o nascimento e preserva a integridade genital da mulher. No entanto, desde meados da década de 1980, já existe suficiente evidência científica para recomendar a abolição da episiotomia de rotina. Seu uso é hoje recomendado, no máximo, entre 15 e 30% dos casos, ou menos, quando houver evidência de sofrimento fetal ou materno, ou para conseguir progresso quando o períneo é responsável pelo progresso inadequado. Não há justificativa para a episiotomia de rotina: ela não traz benefícios para a mãe nem para o bebê, aumenta a necessidade de sutura do períneo e o risco de complicações no sétimo dia pós-parto, trazendo dor e desconforto desnecessários. Além disso, a rigidez do períneo geralmente é consequência de uma episiotomia anterior (Diniz; Chacham, 2006, p. 85).

As participantes relataram que a episiotomia foi frequentemente realizada sem seu consentimento ou explicação adequada, resultando em dor intensa, desconforto prolongado e dificuldades na recuperação pós-parto.

Durante o parto eu senti quando o bebê encaixou a cabeça para sair e eu não queria que me cortassem porque eu sei que não precisaria e me cortaram, foram mais de trinta dias tentando de tudo que era jeito me recuperar daquele corte, foi uma péssima recuperação e sozinha com um bebê recém nascid (Relato da participante 13).

[...] eu já não aguentava, já não tinha força para mais nada. Até que o médico olhou para cara do meu esposo e fez assim, pai, se afasta. E rasgou. Me rasgou literalmente de um lado a outro. Eu levei 18 pontos (Relato da participante 15).

O procedimento de episiotomia é tão normalizado que o médico que atendeu a participante 15 realizou o corte sem qualquer tipo de explicação ou consentimento. Esse relato evidencia a banalização de práticas invasivas e violentas no contexto do parto, além de sublinhar a falta de respeito e consideração pelos direitos e pelo bem-estar das mulheres durante o trabalho de parto.

3.6 “Conte qual foi o episódio de racismo que marcou sua experiência de gestação, parto ou pós-parto?”

Os relatos sobre episódios de racismo revelaram como ele atua na experiência das mulheres negras durante a gestação, parto e pós-parto. As participantes descreveram diversas situações de discriminação, desvalorização, estereótipos e microagressões por parte de profissionais de saúde.

A presença do racismo na atenção a saúde como prática institucional determinada pela percepção diferencial do valor de cada vida segundo a cor (Carneiro, 2023, p. 71). Isso se alinha a uma necropolítica que visa exterminar pessoas negras, e, no caso deste estudo, a exterminar mulheres negras e seus filhos antes mesmo de nascerem.

3.6.1 Estereótipos e desumanização

Durante a análise das respostas ao questionário, foi possível observar que o racismo se manifestou na invisibilidade da dor das mulheres negras, que muitas vezes tiveram suas dores e queixas minimizadas, desvalorizadas ou até mesmo ridicularizadas pelos profissionais de saúde. As mulheres negras também relataram serem vítimas de estereótipos racistas, como serem vistas como menos inteligentes ou resistentes à dor. Essa desumanização contribuiu para a violação de seus direitos e para a perpetuação da violência obstétrica.

O comportamento do médico pode ser fortemente influenciado por estereótipos raciais, visto que o sistema está permeado pelo racismo institucional. Esses estereótipos tendem a desumanizar as mulheres negras.

Acredito que em muitos momentos não era ouvida e minhas opiniões sobre o processo eram descredibilizadas. Tanto no relato do exame de toque, quanto no pós parto quando tive infecção e tive que ser internada novamente e uma das técnicas de enfermagem foi extremamente grosseira comigo em diversos momentos me considerando burra por não saber que algo estava errado na minha recuperação. Eu não sabia que estava tendo uma infecção grave pois

foi meu primeiro parto e todos me diziam que a recuperação da cesárea era dolorosa (Relato da participante 11).

No caso do primeiro parto, além da estrutura desumana do HU, eu senti um descaso durante todo o tempo por parte da equipe de profissionais, 100% branca. Eu me senti um lixo, até e episiotomia que eu não queria fazer, fizeram sem meu consentimento. Acredito que todo o tratamento que recebi não se descola da minha condição de mulher negra (Relato da participante 3).

A percepção das participantes de ser tratada como “lixo” ou “burra” reforça a ideia de estereótipos históricos e persistentes que colocam pessoas negras como o “outro”, ou seja, alguém fora da norma, visto como inferior ou menos humano. O tratamento desrespeitoso que essas mulheres recebem ecoa uma longa história de racismo que retrata negros como incivilizados, intelectualmente inferiores e socialmente marginalizados.

Tais processos de repressão e projeção permitem que o sujeito branco escape de sua historicidade de opressão e se construa como “civilizado” e “decente”, enquanto “Outras/os” raciais se tornam “incivilizadas/os” (agressivos) e “selvagens” (sexualidade). O sujeito negro é percebido como um ou como outro [...] (Kilomba, 2021, p. 79).

Essa desumanização impacta diretamente na saúde materna das mulheres negras. Quando as queixas dessas mulheres são desconsideradas ou minimizadas, isso reflete uma desvalorização de suas experiências e uma falta de reconhecimento de sua agência e autonomia. Isso é particularmente prejudicial no contexto do cuidado materno, onde as necessidades físicas, emocionais e psicológicas das mulheres são cruciais para um atendimento eficaz e compassivo.

Eu não sei, eu me considero negra, meu marido é negro se eu me considero negra nos sofremos racismo sim, a forma como a medica nos tratou nas consultas quando eu corri achando que era perda de líquido e ela não me deu a mínima atenção disse que era xixi, e que estava tudo bem e depois disso o resultado dessa negligência meu filho entrando em sofrimento (Relato da participante 13).

A questão da minimização da dor pelos profissionais da saúde, colocando o estereótipo que pessoas negras sentem menos dor, reflete profundamente na experiência de mulheres negras no contexto de gravidez, parto e pós-parto.

No caso a médica não queria fazer meu parto cesária, alegando que eu aguentaria mais um pouco (Relato da participante 14).

A ideia de a dor ser menor em pessoas negras é resquício do período escravista, em que o negro era a “besta de carga”, sua decantada resistência física está associada a um destino mítico que lhe garante a necessária competência para as tarefas árduas (Souza, 2021, p. 61). Essa ideia foi perpetuada pelo racismo científico, que para justificar a exploração do negro foi criado um imaginário que negros são seres primitivos e inferiores baseados na sua diferença biológica em relação a uma pessoa branca. Esse imaginário da resistência a dor ainda é muito presente na atualidade, causando um impacto direto na prática médica, levando a uma falta de consideração adequada da dor e do sofrimento das pessoas negras.

Segundo Hoffman et al., o uso diferencial de analgesia segundo grupos raciais possivelmente se associa a percepções sociais que se baseiam na existência de profundas diferenças biológicas supostamente intrínsecas. Esses autores entrevistaram estudantes de medicina e residentes e constataram que eram comuns as perspectivas identificadas por esses autores como de “racismo internalizado”, de que, ao se comparar pretos e brancos, os primeiros eram tidos como mais resistentes à dor. O tema das percepções de profissionais de saúde acerca das relações entre atributos raciais e resistência à dor ainda está por ser pesquisado no Brasil. Mesmo que a temática não tenha sido sistematicamente investigada na pesquisa Nascido no Brasil, houve ocasiões, como foi o caso de serviços de obstetrícia no Rio de Janeiro, em que profissionais de saúde mencionaram uma suposta melhor adequação da pelve das mulheres pretas para parir, fato que justificaria a não utilização de analgesia (Leal; Gama; Pereira, 2017, p. 10).

Outro ponto levantado pela participante foi a questão do controle de natalidade, sendo esse controle uma escolha individual, métodos contraceptivos seguros, bem como abortos, quando necessários, é um pré-requisito fundamental para a emancipação das mulheres (Davis, 2016, p. 205). Difundir métodos contraceptivos e discutir sobre planejamento familiar é de suma importância, mas compreender como o controle de natalidade é abordado para mulheres negras é fundamental, pois essa questão está intrinsecamente ligada a questões de justiça reprodutiva e equidade na saúde.

Assim que descobri minha gravidez, fui à uma obstetra para saber como estavam as coisas e ela não me acolheu e ao invés disso, sugeriu que quando o susto passasse que eu poderia usar o Dui. Claro que me mostrei insegura sobre a gravidez que não foi planejada, mas em momento algum demonstrei arrependimento. Penso que essa necessidade de controle de natalidade tem muito a ver com a questão racial (Relato da participante 12).

Mulheres negras têm uma história marcada por experiências de coerção reprodutiva, incluindo esterilização forçada como consta na CPI da Esterelização, que nos anos 1990 constatou que 45% das mulheres, principalmente negras, em idade reprodutiva passaram por esterilização seguindo a recomendação dos EUA. A pressão para limitar o tamanho da família e práticas discriminatórias no acesso a métodos contraceptivos. Sendo assim, é possível perceber que a base das premissas de controle de natalidade é flagrantemente racista (Davis, 2016).

Analisar como essas experiências históricas influenciam a forma como as mulheres negras percebem e abordam o controle de natalidade hoje em dia é fundamental. Dessa forma, ao abordar o controle de natalidade para mulheres negras requer um compromisso em combater o racismo institucional que contribui para desigualdades em saúde reprodutiva.

3.6.2 Microagressões e violências verbais

As microagressões, como comentários racistas e piadas, também marcaram as experiências das mulheres negras. Essas violências verbais causam constrangimento e humilhação, reforçando a sensação de inferioridade e marginalização dessas mulheres negras no cuidado da saúde materna.

Sofri racismo por parte do médico quando ele durante a primeira consulta de pré-natal debochou do meu estado de gravidez não planejada (Relato da participante 7).

O deboche do médico em relação ao estado de gravidez não planejada da participante 7 pode ser analisado como uma forma de racismo, refletido pelos estereótipos racistas que desumanizam as mulheres negras, considerando-as menos dignas de respeito e apoio. Aqui o deboche pode também implicar um julgamento moral, sugerindo que a gravidez não planejada é de alguma forma uma falha pessoal da paciente, ainda refletindo o estigma de que as mulheres negras são irresponsáveis ou incapazes de planejar suas vidas reprodutivas.

A médica obstetra que atendeu meu pré-natal no posto e a enfermeira chefe no dia do meu parto, foram extremamente grosseiras comigo e era perceptível que por conta de minha etnia. A médica do pré-natal perguntou se eu tinha mesmo interesse em ter engravidado e mal me examinava nas consultas. Por eu não ter nome de casada vivia me perguntando se tinha pai para assumir meu filho (sendo que meu bebê foi planejado junto ao meu noivo) (Relato da participante 10).

No relato da participante 10 podemos perceber que a atitude da médica ao perguntar se a paciente tinha interesse em engravidar revela um julgamento inadequado e desrespeitoso. Esse comportamento não só viola a ética médica, que exige respeito e empatia no tratamento das pacientes, mas também pode ser interpretado como um preconceito, possivelmente influenciado por estereótipos raciais e sociais. Esses estereótipos perpetuam a visão de que mulheres negras são promíscuas e, conseqüentemente, engravidam sem possuir um parceiro, alimentando a ideia que mulheres negras não são capazes de fazer um planejamento referente a sua vida reprodutiva.

Essa ideia que mulheres negras não possui controle sobre sua reprodução remete ao período escravocrata, no qual mulheres negras não eram vistas como mães, mas sim como reprodutoras.

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 com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar (Davis, 2016, p. 19).

Essa ideia de que mulheres negras eram reprodutoras e não mães reforçava a comercialização de suas crianças. Pensar nessa perspectiva é entender que ainda existe um imaginário que mulheres negras não são mães e, por isso, não sofreriam caso perdessem seus filhos por negligência médica.

3.6.3 Peregrinação hospitalar

Primeiro hospital que passei me negaram atendimento [...] (Relato da participante 14).

A peregrinação hospitalar por mulheres para a realização do parto é um fenômeno que evidencia a discriminação sistêmica e as desigualdades estruturais no acesso ao atendimento de saúde, especialmente para mulheres negras. Esse termo refere-se à situação em que grávidas precisam se deslocar por vários hospitais ou unidades de saúde em busca de atendimento adequado durante o trabalho de parto. Esse processo é frequentemente marcado por recusa de atendimento, demora no acolhimento e falta de respeito, resultando em experiências traumáticas e prejudiciais à saúde das mães e dos bebês.

As desigualdades raciais e de gênero no acesso à saúde são uma das principais causas da peregrinação hospitalar. Mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir (Leal; Gama; Pereira, , 2017, p. 10).

A dinâmica da peregrinação hospitalar envolve a recusa de atendimento em várias unidades de saúde. Mulheres negras frequentemente são recusadas sob pretextos como falta de vagas ou recursos, embora essas justificativas muitas vezes escondam uma discriminação racial implícita. Essa recusa não só atrasa o acesso a cuidados essenciais, mas também expõe as mulheres a riscos significativos, aumentando as chances de complicações obstétricas e traumas físicos e emocionais.

Além da recusa, as mulheres negras que conseguem ser aceitas nas unidades de saúde muitas vezes enfrentam longos períodos de espera antes de receber atendimento. A demora no acolhimento pode ser atribuída à superlotação, falta de recursos e atitudes discriminatórias por parte dos profissionais de saúde. Esse atraso aumenta os riscos de complicações durante o parto, como sofrimento fetal e hemorragias, e contribui para uma experiência de desrespeito e desvalorização, afetando negativamente o bem-estar emocional e psicológico das mulheres.

A peregrinação hospitalar é agravada por vários fatores, incluindo a superlotação dos hospitais públicos, a falta de informação e orientação adequada durante o pré-natal, e as barreiras geográficas e econômicas. Muitas mulheres negras dependem de hospitais públicos que frequentemente estão sobrecarregados e subfinanciados. A falta de informações claras sobre onde procurar atendimento e a ausência de orientação adequada durante o pré-natal aumentam a probabilidade de peregrinação. Além disso, a distância entre as residências das mulheres e as unidades de saúde, combinada com a falta de recursos financeiros para transporte, exacerba a necessidade de peregrinação.

3.6.4 A não percepção do racismo

Posso ter sofrido um racismo mascarado, mas eu não percebi (Relato da participante 15).

Durante a pesquisa, foi observado que 7 das mulheres que participaram acreditam que sofreram racismo durante a gravidez, parto e pós-parto. Porém, além do chocante número de mulheres vítimas de racismo, o que impacta é que 3 das mulheres assinalaram a resposta “talvez”. Esse resultado revela uma ambiguidade preocupante na percepção do racismo,

indicando a complexidade e a sutileza com que a discriminação racial pode se manifestar no contexto de saúde materna.

A não percepção do racismo por mulheres negras durante a gravidez, parto e pós-parto é um fenômeno que pode ser influenciado por diversos fatores, incluindo a internalização do racismo, a normatização da discriminação, a falta de conscientização, e as estratégias de sobrevivência. Esse fenômeno é particularmente grave, pois pode impactar negativamente a saúde materna e infantil, além de perpetuar desigualdades no atendimento à saúde.

Pensar em como essas mulheres não tiveram uma percepção concreta sobre o racismo é entender como o racismo está tão impregnado e internalizado em nossa sociedade que essas mulheres acabam não percebendo que foram vítimas. Silvio Almeida (2019, p. 15) elabora a tese que o racismo é sempre estrutural, ou seja, de que ele é um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade.

Em resumo: o racismo é uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo “normal” com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional. O racismo é estrutural. Comportamentos individuais e processos institucionais são derivados de uma sociedade cujo racismo é regra e não exceção. O racismo é parte de um processo social que ocorre “pelas costas dos indivíduos e lhes parece legado pela tradição” (Almeida, 2019, p. 38).

As informações coletadas revelam uma necessidade urgente de abordar a percepção do racismo no atendimento à saúde materna, olhar a violência obstétrica com uma visão interseccional é fundamental. O elevado número de respostas afirmativas referente ao racismo na atenção da saúde materna, combinada com as respostas “talvez”, sublinha a necessidade de ações educativas e formativas tanto para as mulheres negras quanto para os profissionais de saúde. Combater a normalização do racismo nas estruturas da sociedade é necessário pois, ela ancora a perpetuação do racismo institucional que evidencia a incapacidade coletiva de uma organização em promover um serviço adequado para as pessoas devido a sua cor (Carneiro, 2011, p. 25).

Sendo assim, a interseccionalidade nos convida a considerar como a raça, o gênero e outras identidades se interconectam, criando camadas de opressão que intensificam a vulnerabilidade das mulheres negras no contexto da violência obstétrica. Esse conceito é crucial para entender as complexidades das experiências das mulheres negras e como diferentes formas de discriminação se sobrepõem.

Esta pesquisa buscou entender como raça e gênero se entrelaçam e moldam as experiências de mulheres negras na gravidez, parto e pós-parto. Quando pensamos em raça, observamos que mulheres negras enfrentam uma história de racismo estrutural que afeta todos os aspectos de suas vidas, incluindo o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde. Quando analisamos gênero, observamos que o sexismo dentro do sistema de saúde contribui para a desvalorização das necessidades e do bem-estar das mulheres, frequentemente resultando em práticas coercitivas e falta de consentimento informado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da presente dissertação é responder a seguinte questão de pesquisa: *Como a violência obstétrica afeta desproporcionalmente as mulheres negras?* Para isso, foi empreendida uma investigação dividida em duas etapas. Na primeira foi realizada uma revisão de literatura aprofundada sobre os aspectos conceituais da violência obstétrica, a história da obstetrícia, o racismo obstétrico e políticas de resistência. Entendendo que violência se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro (Minayo, 2006, p. 13). A violência é compreendida como uma violação fundamental do direito à liberdade, manifestando-se através de uma dinâmica de forças onde predomina a dominação. Nessa relação desigual, podemos entender a violência como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa (Chauí, 1985, p. 35). A dominação estabelece-se pela imposição de poder e controle sobre o outro, enquanto a coisificação transforma o indivíduo em algo manipulável, negando-lhe a condição de ser livre e pensante.

Também foi investigado sobre a definição da violência contra a mulher. Foi utilizado como norteador a definição elaborada pela Convenção de Belém do Pará (1994), que define em seu Artigo 1º a violência contra a mulher como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. Na pesquisa para entender a violência contra a mulher foi necessária uma análise da dimensão de gênero para compreender a complexidade das relações sociais e as dinâmicas de poder que influenciam as experiências de homens e mulheres. Pensar em gênero é compreender que ele é uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (Scott, 1995, p. 75).

Após entender a conceituação de violência, a pesquisa buscou entender a concepção de violência obstétrica. Sendo essa violência entendida como uma variedade de formas de violências e danos que podem ocorrer durante a assistência ao ciclo gravídico-puerperal ou abortamento (Tesser *et al.*, 2014). Foi desenhado quadros para entender como a VO restringe os direitos das mulheres, além de mencionar o guia de práticas de assistência ao parto normal desenvolvido pela OMS, onde podemos observar a classificação das práticas em que devem ser estimuladas e as que devem ser evitadas.

Outro ponto desenvolvido na pesquisa para compreender a origem da violência obstétrica foi traçar a história da obstetrícia. Esse percurso inclui a construção dos hospitais, baseada na ideia de Foucault (1987), que sugere que as instituições hospitalares foram criadas para a vigilância e controle dos corpos. A transformação dos hospitais, que anteriormente

eram depósitos de pessoas indesejadas, em instituições de cuidados foi fundamental para o desenvolvimento da obstetrícia.

No final do século XIX, ocorreu uma campanha significativa para transformar o parto em um evento controlado por médicos e realizado em hospitais. Antes disso, os partos eram majoritariamente domiciliares e assistidos por parteiras. A transição para o ambiente hospitalar foi justificada pela promessa de maior segurança e controle, devido ao acesso a recursos médicos avançados e à presença de profissionais treinados. No entanto, essa mudança também refletiu e reforçou o controle médico sobre o processo reprodutivo feminino. A história da obstetrícia, portanto, oferece um pano de fundo essencial para entender a violência obstétrica.

Passando por toda a revisão sobre os aspectos conceituais da VO presentes no Capítulo I, a primeira etapa da pesquisa também adentrou no campo da interseccionalidade. O Capítulo II dessa dissertação buscou compreender como o fator raça é determinante para compreender como a VO atua de forma diferente nos corpos de mulheres negras. Buscou-se, então, descrever a construção do corpo da mulher negra, entendendo que a construção do corpo negro foi inscrito como o negativo (Rodrigues, 1983). Alimentando, assim, a ideia que esse corpo negro não pertenceria ao “nós”, mas sim ao “outro” (Nogueira, 1998). Essa negativização do negro, a visão dele como o “outro”, impactou na construção do corpo de mulheres negras, onde elas foram animalizadas, seus corpos eram objetos de servidão para o mundo.

Essa construção do corpo é um ponto central para entender por que mulheres negras vivenciam a violência obstétrica de forma ainda mais intensa e violenta. E a partir de uma análise interseccional foi possível entender como raça e gênero se entrelaçam no contexto da VO. Entendendo que a interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado (Akotirene, 2022, p. 19). Essa análise da interseccionalidade de raça e gênero busca construir a ideia de racismo obstétrico. Entendendo esse fenômeno como uma base da necropolítica, sob a lógica do *quem pode viver e quem deve morrer* (Mbembe, 2018), observamos uma política de extermínio de mulheres negras e seus filhos.

Também foi analisado as políticas de resistências das mulheres negras referente ao direito reprodutivo, que abrange esforços para garantir que as pessoas tenham a capacidade legal e política de fazer escolhas relacionadas a vida sexual e reprodutiva (Collins, 2021, p. 133). Outro ponto crucial abordado na pesquisa é a questão da justiça reprodutiva, onde os direitos reprodutivos das mulheres negras não podem ser analisados sem um olhar voltado

para a justiça social. A justiça reprodutiva vai além do direito individual de decidir sobre a reprodução, englobando também as condições sociais, econômicas e políticas que influenciam essas decisões.

Na segunda e última etapa, iniciou-se a técnica de investigação com a aplicação de questionário, que é composto por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado etc. (Gil, 1999, p. 121). A aplicação do questionário proporcionou mapear como as mulheres negras vivenciam e percebem o racismo no contexto de gravidez, parto e pós-parto. Além disso, os resultados demonstram a necessidade de analisar a violência obstétrica de forma interseccional, pois o fator raça impacta profundamente na experiência materna de mulheres negras.

Portanto, o problema de pesquisa proposto na presente dissertação foi respondido. A presente investigação não esgota as possibilidades de investigação da violência obstétrica em mulheres negras, mas abre espaço para pesquisas futuras analisarem diferentes aspectos da interseccionalidade de raça e gênero no contexto da VO, com uma gama maior de experiências a serem observadas.

Esta dissertação apresenta três principais contribuições teóricas. Primeiro, ela examina como o fator raça impacta na violência obstétrica, evidenciando que essa forma de violência é profundamente influenciada pelo racismo estrutural e pelos estereótipos raciais. A análise do impacto do fator raça na violência obstétrica revela que mulheres de diferentes grupos raciais experienciam o parto e os cuidados obstétricos de maneiras distintas, frequentemente marcadas por desigualdades significativas. Mulheres negras, em particular, enfrentam barreiras adicionais e sofrem formas específicas de violência e discriminação no contexto obstétrico. Essas experiências são muitas vezes moldadas por preconceitos raciais que desvalorizam suas dores, necessidades e direitos.

Segundo, a dissertação contribui significativamente para a análise da violência obstétrica de forma interseccional, proporcionando uma compreensão mais rica e complexa de como as opressões de raça e gênero se interligam e afetam as experiências das mulheres no contexto do parto e cuidados obstétricos. A abordagem interseccional permite examinar como múltiplas formas de discriminação e opressão interagem, criando experiências únicas de injustiça. No caso da violência obstétrica, a interseccionalidade revela como as mulheres, especialmente as mulheres negras, enfrentam uma dupla marginalização: como mulheres e como membros de grupos raciais minoritários.

Terceiro, a dissertação contribui de forma significativa para a literatura sobre racismo obstétrico, um campo ainda em desenvolvimento que busca entender e combater as formas específicas de discriminação racial vivenciadas por mulheres negras e outras minorias raciais no contexto obstétrico. Entender o racismo obstétrico como práticas e atitudes discriminatórias que resultam em cuidados de saúde inadequados, desrespeitosos ou prejudiciais para mulheres de grupos raciais marginalizados durante a gravidez, o parto e o pós-parto é crucial.

Este trabalho busca expandir a literatura sobre racismo obstétrico através de uma análise detalhada das experiências das mulheres negras, destacando as formas específicas de violência e discriminação que elas enfrentam. Através da aplicação de questionário, a dissertação documenta as narrativas das mulheres negras, revelando como o racismo se manifesta nas salas de parto e nas práticas obstétricas cotidianas. Essa documentação é vital para ampliar a voz dessas mulheres que muitas vezes são silenciadas ou ignoradas.

A presente dissertação também apresenta uma implicação prática significativa, que pode ser analisada através dos relatos sobre a percepção do racismo no ambiente obstétrico pelas mulheres negras. Essa implicação prática demonstra a necessidade de sensibilização e treinamento dos profissionais de saúde para reconhecer e enfrentar o racismo obstétrico. Os relatos das mulheres negras sobre suas experiências de discriminação e desrespeito devem servir como um alerta para a necessidade de uma abordagem mais consciente e culturalmente competente no cuidado obstétrico. Isso inclui não apenas a conscientização sobre o racismo estrutural e institucional, mas também a compreensão das formas específicas de violência e discriminação enfrentadas pelas mulheres negras durante a gravidez, parto e pós-parto, como pode ser observado no Capítulo III ao analisar o questionário.

Como qualquer pesquisa, a presente dissertação também apresenta limitações, e a qual se destaca é como o racismo está enraizado na sociedade, o que faz com que mulheres negras não percebam que estão sofrendo racismo no ambiente obstétrico. Dificultando assim, a identificação e a documentação abrangente das experiências. Como observado no Capítulo III, ao perguntar para as participantes se elas sofreram racismo, 7 afirmam que sim e 3 das 12 participantes responderam “talvez”, demonstrando que o racismo permeia pelas estruturas sociais. Sendo o racismo estrutural um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade (Almeida, 2019, p. 15). Essa limitação resulta em uma subestimação da prevalência e gravidade do racismo obstétrico. A falta de consciência ou relutância em reconhecer o racismo também pode influenciar as percepções das mulheres sobre suas próprias experiências de cuidado obstétrico, levando a interpretações distintas e variadas.

Por fim, os resultados desta pesquisa apresentam oportunidades de futuras investigações sobre políticas para combater o racismo obstétrico. Ao destacar as disparidades e injustiças presentes no cuidado obstétrico para mulheres negras, esta pesquisa abre portas para a implementação de políticas e práticas que visam combater o racismo obstétrico de forma eficaz.

Porém, ao pensar em racismo obstétrico, podemos observar como um termo ainda está em fase embrionária de definição, além de reconhecer que há muito a ser explorado e compreendido sobre esse fenômeno. Exemplo é que no dia 22 de maio de 2024 a vereadora Thais Ferreira (PSOL-RJ) foi hostilizada por outro colega vereador da extrema-direita ao levar para votação seu Projeto de Lei que cria a *Campanha Permanente de Conscientização Sobre o Combate ao Racismo no Ambiente Obstétrico*. Posteriormente, esse mesmo colega levantou ataques nas redes sociais junto aos grupos fascistas, que ridicularizaram a pauta.

Ao analisar esse episódio citado, notamos como as dores de mulheres negras são invisibilizadas, que o racismo permeia de forma cruel no sistema. Pensar em políticas voltadas para combater o racismo obstétrico é necessário e urgente para que assim possamos avançar em direção a um sistema de saúde obstétrico mais inclusivo, justo e responsável, onde todas as mulheres recebam o cuidado digno e respeitoso que merecem.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2022.

ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019. 264 p.

AZEVEDO, Celia Maria Marinho. **Onda negra medo branco – o negro no imaginário das elites – século XIX**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2004.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 29, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v29n2/08.pdf>. Acesso em: 16 fevereiro 2024.

BANDEIRA, Lourdes Maria; AMARAL, Marcela. Violência, corpo e sexualidade: um balanço da produção acadêmica no campo de estudos feministas, gênero e raça/cor/etnia. **Revista Brasileira de Sociologia**, São Paulo, v. 5, n. 11, 2017. Disponível em: <https://rbs.sbsociologia.com.br/index.php/rbs/article/view/312/175>. Acesso em: 17 junho de 2024.

BENTO, Cida. **O pacto da branquitude**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BOWSER, Diana; HILL, Kathleen. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis**. USAID-TRAction Projct. Translating Research into Action (TRAction) Project [Internet]. Washington: Harvard School of Public Health, 2010. Disponível em: <http://www.tractionproject.org/resources/access-skilled-care-respectful-maternalcare/exploring-evidence-disrespect-and-abuse>. Acesso em: 16 fevereiro de 2024.

BRASIL. Código de Ética Médica (2009). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 set. 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2024.

BRASIL. **Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996**. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Brasília: Presidência da República, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm. Acesso em: 14 nov. 2023.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf. Acesso em: 14 de novembro 2023.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Dispõe sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm. Acesso em: 10 de setembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 14 novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 14 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 14 novembro de. 2023.

BRETON, David Lê. **Sinais de identidade**: tatuagens, piercings e outras marcas. Tradução: Tereza Frazão. 1. ed. Lisboa: Miosótis, 2004. 267 p.

BRETON, David Lê. A sociologia do corpo. Tradução: Sônia Fuhrmann. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BUENO, Josiane de Assis. “É PELO CORPO QUE SE RECONHECE A VERDADEIRA NEGRA?” Uma análise antropológica sobre a corporalidade negra feminina na cidade de Porto Alegre. 2017. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Acesso em: 28 julho 2023.

BUTLER, Judith. **Cuerpos que importan**: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós, 2002.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão de identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 328 p.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARNEIRO, Sueli. **Dispositivo de racialidade**: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

CASA CIVIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1990

CASA CIVIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Brasília, 1990

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CARDOSO, Ruth; CHAUÍ, Marilena; PAOLI, Maria Célia; SORJ, Bila; MONTERO, Paula; ANDRÉA, Rita; RODRIGUES, Lígia. **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

COELHO, Cleydson Assis. **O processo de mercantilização das cesarianas no Brasil**. 2017. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social- Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

COLETIVO MARGARIDA ALVES. **Guia de defesa popular da justiça reprodutiva**. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/wpcontent/uploads/2020/02/guia-defesa-popular-justica-reprodutiva.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2023.

COLLINS, Patricia Hill. **Pensamento feminista negro**: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. Tradução: Jamille Pinheiro Dias. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

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

COLLINS, Patricia Hill. 1948- **Bem mais que ideias**: a interseccionalidade como teoria social crítica. Tradução: Bruna Barros, Jess Oliveira; Orelha: Elaini Cristina Gonzaga da Silva. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2022.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - Convenção de Belém do Pará, 1994. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2024.

CRENSHAW, Kimberlé W. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan./jun. 2002. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4123084/mod_resource/content/1/Crenshaw%202002%20revista%20estudos%20feministas.pdf. Acesso em: 16 julho de 2024.

CRIOLA. Dossiê mulheres negras e justiça reprodutiva (2020/2021) [Internet]. Rio de Janeiro: Criola; 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1eHGSM3DmKx1m9NbXEqrFBKRQQnZgeoBx/view..> Acesso em 01 de maio de 2024.

DAVIS, Angela, **Mulheres, raça e classe**. Tradução: Heci Regina Candiani. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVIS, Dána-Ain. 2020. **Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento** (tradução) *Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing*. *Medical Anthropology*. submissão: 18/08/2020 | aprovação: 22/12/2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/9194/6927>. Acesso em 10 de setembro de 2024.

DELFINO, Cristiane Cordeiro da Silva. **Atenção integral à saúde da mulher: um olhar sobre processo interseccional de gênero e raça**. 2019. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

DELFINO, Cristiane Cordeiro da Silva. **Violência obstétrica, feminismos e lutas das mulheres no Estado do Rio de Janeiro**. 2023. Tese (Doutorado em Política Social)- Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2023.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/#>. Acesso em: 1 maio 2024.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo. Acesso em: 5 jun. 2024.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução: Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

FANON, Frantz. **Os Condenados da Terra**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2005.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Tradução: Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017. 464 p. Título original: *Caliban and the Witch: Women, the Body and Primitive Accumulation*.

FERREIRA, Maíra Soares. **Pisando em óvulos: a violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres**. 2019. Tese. (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução: Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987. 288 p.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Edição: 7a ed. São Paulo: Forense Universitária. 2013, 231 p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015. 432 p.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6598370/mod_resource/content/1/Livro%20Gil%2C%20Antonio%20Carlos.pdf. Acesso em: 24 julho 2024.

GONZALEZ, Lélia; HASENBALG, Carlos. **Lugar de negro**. 1º Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. 1. ed. Organização Flávia Rios, Márcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo: Ed. 34, 1999. 256 p.

HOFFMAN, Kelly M.; TRAWALTER, Steven; AXT, James R.; OLIVER, Marcus N. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, Washington, D.C., v. 113, n. 16, p. 4296-4301, 2016. doi: 10.1073/pnas.1516047113. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27044069/>. Acesso em: 20 agosto de 2024.

HURSTON, Zora Neale. **Seus olhos viam Deus**. Tradução de Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Record, 2002.

HOOKS, bell. **E eu não sou uma mulher?**: mulheres negras e feminismo. Tradução: Bhuvi Libanio. 9. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2021.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação**: episódios de racismo cotidiano. Editora Cobogó, 2021.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica 1**. Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Lakatos. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEAL, Maria do Carmo, GAMA, Silvana Granado Nogueira da ; PEREIRA, Ana Paula Esteves. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00078816, 2017. Disponível em: Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 01 de maio de 2024.

LEAL, Maria do Carmo; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; BITTENCOURT, Sônia Azevedo; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; THEME FILHA, Mariza Miranda; LEITE, Tatiane Henriques, et al. **Protocolo do Nascer no Brasil II**: Pesquisa Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento 2022 - 2023. Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS. Rio de Janeiro 2023. Disponível em:

<https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em: 01 de maio de 2024.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. **Nascer no Brasil**. Caderno de Saúde Pública, v. 30, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 10 de agosto de 2023.

MACHADO, Jorge Alberto S. Ativismo em rede e conexões identitárias: novas perspectivas para os movimentos sociais. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 18, p. 248-285, dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222007000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 março de 2023.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 287 p. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4.

MARTINS, Guilherme Paiva de Carvalho; AMARAL, Marcela. Representações da loucura no Brasil: medicalização e visão do internamento em Lima Barreto. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 46, n. 2, p. 295-313, out. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2012v46n2p295/24204>. Acesso em: 17 jun. 2024.

MARTINS, Leda Maria. **Performance do tempo espiralar: poéticas do corpo-tela**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2021.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte** / Achille Mbembe; traduzido por Renata Santini. - São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p.

NASCIMENTO, Maria Beatriz. **O negro visto por ele mesmo** / Maria Beatriz Nascimento; organizado por Alex Ratts; posfácio de Muniz Sodré; texto de Bethania Nascimento Freitas Gomes. São Paulo: Ubu Editora, 2022, 240 p.

NOGUEIRA, Isildinha Baptista. **A cor do inconsciente: significações do corpo negro** / Isildinha Baptista Nogueira. - 1. ed. - São Paulo: Perspectiva, 2021. 192 p.

NOGUEIRA, Isildinha Baptista. **Significações do corpo negro**. 1998. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. Disponível em:

<https://negrasoulblog.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/04/significacoes-do-corpo-negro-isildinha-baptista-nogueira-tese.pdf> Acesso em: 28 jul. 2023.

NUCCI, Maria; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 979-998, out. 2018.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf. Acesso em: 2 maio 2024.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_?sequence=3. Acesso em: 2 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará**. 1994. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>. Acesso em: 16 fevereiro 2024.

PERES, William Siqueira. Travestis: corpos nômades, sexualidade múltiplas e direitos políticos. In: SOUZA, L. F.; SABATINE, T. T.; MAGALHÃES, B. R. (org.). **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.

PORTO, Maria Stela Grossi. A violência, entre práticas e representações sociais: uma trajetória de pesquisa. **Revista Sociedade e Estado**, v. 30, n. 1, jan./abr. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/KJ8GVRNbgDKSCcSX5sBztXh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2024.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**. Caracas: UNFPA, 2007.

RODRIGUES, Ariene Alexsandra. **“É racismo que está aqui, e é isso que vai pautar até o fim”**: o ativismo de mulheres negras sobre violência obstétrica. 2020. 173 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2020.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Ed. Anchiem, 1983.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular/Fundação Perseu Abramo, 2015. 160 p.

SANTOS, Fernanda Soares de Resende, SOUZA, Paloma Andrioni de ; LANSKY, Sônia. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. e00143718, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/#>. Acesso em: 1 maio 2024.

SANTOS, Jussara Francisca de Assis dos. Enfrentamento à violência obstétrica: contribuições do movimento de mulheres negras brasileiras. **Revista em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, [s. l.], v. 19, n. 47, 2021. DOI 10.12957/rep.2021.56082. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/56082>. Acesso em: 13 maio 2024.

SANTOS, Mayara Guimarães. **A violência obstétrica sob o olhar de profissionais de saúde**. 2017. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Porto Alegre: Educação e Realidade, 1995.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão sócia**. Prefácios de Maria Lúcia da Silva e Jurandir Freire Costa. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

SPM. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Ministério da Cidadania, 2011. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres. Acesso em: 19 outubro de 2023.

TESSER, Charles Delcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; DINIZ, Simone Grilo. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer**. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>. Acesso em: 10 de setembro de 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. PROEX - Pró-Reitoria de Extensão. **Cartilha: Violência obstétrica em pessoas negras**. Niterói: UFF, 2022. Disponível em: [https://www.uff.br/sites/default/files/informes/violencia_obstetrica_em_pessoas_negras_2_1.pdf]. Acesso em: 19 out. 2023.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>. Acesso em: 24 julho de 2024.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada “**O parto além do gênero: a violência obstétrica contra mulheres negras em uma perspectiva interseccional**”. Meu nome é *Rafaela Del Castanhel Miranda*, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é a Sociologia.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assinale ao final deste documento. Você tem direito de receber uma cópia deste documento. Se assim o desejar, clique no link (<https://forms.gle/G2ySddZkMMWCpSsy5>) e informe seu e-mail. Você receberá um arquivo com as mesmas informações que você leu até aqui, conforme foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFG. Ressaltando que é de extrema importância que você guarde uma cópia do TCLE.

Esclareço que em caso de recusa na participação, em qualquer etapa da pesquisa, você não será penalizada de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, via e-mail rafaelacastanhel@gmail.com e, através do seguinte contato telefônico: (66) 99681-6008, inclusive com possibilidade de ligação a cobrar. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215, que a instância responsável por dirimir as dúvidas relacionadas ao caráter ético da pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP-UFG) é independente, com função pública, de caráter consultivo, educativo e deliberativo, criado para proteger o bem-estar dos/das participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade, visando contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos vigentes. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP-UFG) é independente, com função pública, de caráter consultivo, educativo e deliberativo, criado para proteger o bem-estar dos/das participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade, visando contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos vigentes.

A presente pesquisa tem como objetivo geral em entender como a violência obstétrica vitimiza as mulheres negras no Brasil, a partir de suas próprias narrativas. O motivo que leva a fazer este estudo se baseia na necessidade de compreender o impacto da violência obstétrica na experiência de parto de mulheres negras.

Caso decida participar, você passará por um conjunto de perguntas, que tem duração entre 30 e 40 minutos. Tais instrumentos apresentarão perguntas sobre você, sobre seu pré-natal, sobre o seu parto, sobre a sua experiência de parto e sobre vivenciar o racismo durante o parto.

Em caso de danos, você tem o direito de pleitear indenização, conforme previsto em Lei. Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa ter relacionado com a pesquisa, compete à pesquisadora responsável garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada por meio de assistência psicológica profissional, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa.

Se você não quiser que seu nome seja divulgado, está garantido o sigilo que assegure a privacidade e o anonimato. As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas. Os riscos previstos durante a realização da pesquisa são mínimos, mas poderão provocar cansaço, desinteresse, constrangimento em responder as perguntas ou até desconforto pela lembrança de episódios estressantes que possa ter vivenciado. Caso experiencie algum problema, de qualquer ordem, é facultado a liberdade para responder somente as perguntas que a entrevistada se sinta confortável, bem como interromper ou desistir da entrevista, assim como retirar o consentimento a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza. Seu bem-estar é de extrema importância. Esses riscos poderão ser minimizados se você escolher um momento tranquilo, em que esteja sozinha, ou com alguém com quem se sente à vontade, para responder as perguntas. A pesquisadora responsável estará à disposição para prestar esclarecimentos ou oferecer apoio caso qualquer participante solicite. Como benefício a pesquisa proporcionará importante contribuição para o desenvolvimento da ciência nacional.

Durante todo o período da pesquisa e na divulgação dos resultados, sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, identificá-lo, será mantido em sigilo. Todo material ficará sob minha guarda por um período mínimo de cinco anos. O armazenamento das respostas será de inteira responsabilidade da pesquisadora, que armazenará em dispositivo eletrônico, sem qualquer disponibilidade dos dados em nuvens.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nesta pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela

trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “ **O parto além do gênero: a violência obstétrica contra mulheres negras em uma perspectiva interseccional**”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Concordo em participar.

Não concordo em participar.

Pode haver necessidade de dados coletados em pesquisas futuras, desde que seja feita nova avaliação pelo CEP/UFG. Assim, solicito a sua autorização:

Permito utilizar esses dados para pesquisas futuras.

Não permito utilizar esses dados para pesquisas futuras.

APÊNDICE II**Roteiro do Questionário****Qual é sua idade?**

- 18 a 20 anos.
- 20 a 25 anos.
- 25 a 30 anos.
- 30 a 35 anos.
- 35 a 40 anos.
- Mais de 40 anos.

Qual é seu estado civil?

- Solteira.
- Casada.
- Divorciada.
- Viúva.

Qual sua orientação sexual?

- Heterossexual
- Bissexual
- Homossexual
- Prefiro não informar
- Outras

Qual raça/cor você se define?

- Branca
- Negra (parda/preta)
- Indígena
- Amarela (asiática)
- Outra

Você tem filhos? Se sim, quantos?**Já passou por alguma experiência de abortamento?**

- Sim
- Não
- Prefiro não informar

Caso tenha passado pela experiência abortamento, você buscou atendimento médico?

- Sim
- Não

Caso sua resposta tenha sido positiva para as duas perguntas anteriores. Como foi sua experiência nesse atendimento médico?

Referente a sua experiência de parto:**Você teve seu parto em hospital público ou particular?**

- Hospital público
- Hospital particular
- Hospital público e particular

Você teve direito a ter acompanhante durante o trabalho de parto?

- Sim
- Não

Como você classifica o seu pré-natal?

- Excelente
- Bom
- Razoável
- Ruim
- Péssimo

Você acredita que sofreu violência obstétrica?

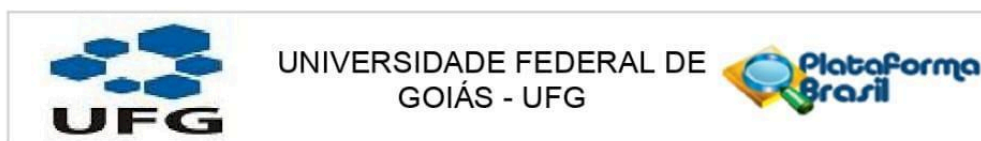
- Sim
- Não
- Talvez

Você poderia fazer um breve relato da sua experiência de parto?**Você acredita que sofreu racismo durante o seu parto ou durante o período da gravidez por parte da equipe hospitalar?**

- Sim
- Não
- Talvez

Caso sua resposta tenha sido positiva para a pergunta anterior. Conte qual foi o episódio de racismo que marcou sua experiência de gestação, parto ou pós-parto?

ANEXO I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O parto além do gênero: a violência obstétrica contra mulheres negras em uma perspectiva interseccional

Pesquisador: RAFAELA DEL CASTANHEL MIRANDA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 70711523.4.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.628.543

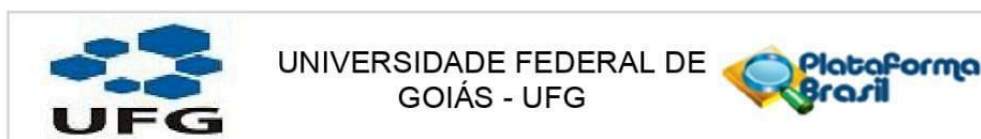
Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: O parto além do gênero: a violência obstétrica contra mulheres negras em uma perspectiva interseccional. **Pesquisador Responsável:** Rafaela del Castanhel Miranda. N. CAAE: 70711523.4.0000.5083. **Membro da equipe de pesquisa:** Marcela Carvalho Martins Amaral

O presente projeto intitulado "O Parto Além do Gênero: um olhar sob a perspectiva de raça em relação à violência obstétrica" é uma pesquisa de mestrado que está sendo desenvolvida por Rafaela del Castanhel Miranda, sob a orientação da professora Marcela Carvalho Martins Amaral. Ambas estão vinculadas ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Sociais, linha de pesquisa: Desigualdades, diferenças e violências. Esse estudo dá continuidade à pesquisa iniciada na graduação em que se buscou identificar a fragilidade da proteção jurídica no Brasil abordando os aspectos de violação dos direitos humanos na violência obstétrica.

Segundo Sanchez (2014), citado pela mestranda, o termo violência obstétrica é usado atualmente para tipificar várias formas de violência, agressão e omissão que ocorrem no momento de vulnerabilidade física e psicológica da gestação, parto ou pós-parto, incluindo atendimentos de abortamento. Como exemplos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) menciona desde abusos verbais ou físicos, xingamentos, restrição de acompanhante, procedimentos médicos não consentidos, tratamentos violentos até abusos de medicalização, evidenciando, assim, clara violação dos direitos humanos fundamentais. A violência obstétrica se caracteriza como uma forma de violência de gênero, porém, além do gênero, deve ser

Endereço: Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2, sala 110, piso 1
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-2045 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br



Continuação do Parecer: 6.628.543

observada sob uma ótica racial. Pesquisas efetuadas em relação à violência obstétrica e à saúde reprodutiva das mulheres no Brasil apontam que as mulheres negras são as maiores vítimas dessa violência e ocupam os índices mais elevados de mortalidade materna, 60% consoante o Ministério da Saúde (MS).

Dessa forma, a aplicação do conceito de interseccionalidade é adequado para que se possa analisar a violência obstétrica e compreender como se manifesta e se materializa no período gravídico puerperal, colocando em risco o direito à vida de mulheres negras.

A pesquisa passará pelas etapas de levantamento da literatura para a coleta de informações ou publicações sobre o assunto, seguida de entrevista para obtenção de dados primários a partir do diálogo com a participante, buscando entender a dor de mulheres negras/pretas no momento do parto. A entrevista será do tipo semiestruturada com roteiro prévio, possibilitando entrosamento entre entrevistada e entrevistadora para elucidação das perguntas e a percepção dessas mulheres em relação aos temas envolvendo o parto.

Serão entrevistadas 20 mulheres que se autodeclararam negras/pretas e que já foram vítimas de violência obstétrica. O desfecho é que o entrelaçamento entre fundamentação teórica e a análise das entrevistas possibilite demonstrar que intersecção de eixos de opressão, como raça e gênero, é determinante nas intervenções e práticas abusivas na atenção que envolve o parto, dificultando e negando o acesso às mulheres negras/pretas aos seus direitos reprodutivos.

Conforme consta no Projeto de Pesquisa, a entrevista será divulgada pelo Instagram (@racismoobstetrico), onde as entrevistadas acessarão o questionário de participação no link da biografia dessa página. As entrevistas selecionadas serão pela ordem de envio.

A coleta das entrevistas será feita através do questionário GOOGLE FORMS, onde as mulheres interessadas em participar da pesquisa poderão preencher as informações solicitadas através do questionário disponibilizado. Essas informações serão armazenadas no dispositivo local da pesquisadora e sendo apagado de qualquer plataforma virtual.

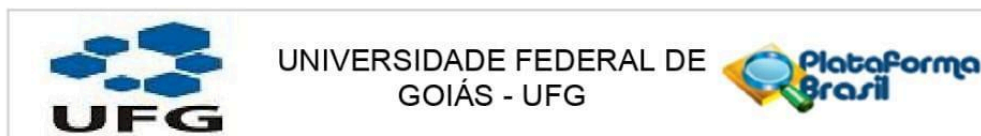
Objetivo da Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora, o objetivo primário deste estudo consiste em entender, a partir das narrativas das entrevistadas, como a violência obstétrica vitimiza as mulheres negras no Brasil.

Como objetivos secundários, são listados:

- Analisar os dados da violência obstétrica no Brasil, especialmente no que se refere à vitimização das mulheres negras.
- Fazer um levantamento das normas e legislações que regulam os direitos reprodutivos.

Endereço: Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2,sala 110, piso 1
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-2045 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br



Continuação do Parecer: 6.628.543

- Mapear comunidades do Facebook e Instagram que reúnem mulheres vítimas de violência obstétrica e analisar seus relatos.
- Compreender como a relação entre o racismo e a violência obstétrica atuam, a partir dos relatos das participantes.
- Identificar quais as dificuldades enfrentadas por mulheres negras durante o período gestacional e parto na assistência médica.
- Entrevistar mulheres negras vítimas de violência obstétrica no Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos e benefícios da pesquisa, consta no documento Informações Básicas do Projeto, que os riscos previstos durante a realização da pesquisa são mínimos, mas poderão provocar cansaço, desinteresse, constrangimento em responder as perguntas ou até desconforto pela lembrança de episódios estressantes que possa ter vivenciado. No item em que deveria versar sobre os benefícios, a pesquisadora segue apresentando alternativas para minimizar os riscos como a entrevistada escolha um momento tranquilo, em que esteja sozinho/a, ou com alguém com quem se sente à vontade, para responder às perguntas. E se coloca à disposição para prestar esclarecimentos ou oferecer apoio caso qualquer participante solicite, sempre com o intuito de proporcionar bem-estar à respondente. A contribuição é importante para o desenvolvimento da ciência nacional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os critérios de inclusão para a participação na pesquisa são: mulheres negras e maiores de 18 anos que foram vítimas de violência obstétrica. Para exclusão são mulheres que se identificam com outra cor/raça, não negra, e menores de 18 anos.

O número previsto de participantes é de 20 mulheres autodeclaradas negras de qualquer local do país.

A pesquisa é importante e necessária dando voz às mulheres entrevistadas. A fundamentação teórica está estruturada e o cronograma exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de rosto devidamente assinada pelo diretor da unidade, prof. Luiz Mello de Almeida Neto e a mestranda Rafaela del Castanhel Miranda;
- 2) Projeto Básico – Informações Básicas da Pesquisa;
- 3) Projeto de pesquisa;

Endereço: Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2,sala 110, piso 1
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-2045 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br



Continuação do Parecer: 6.628.543

4) TCLE – no topo da página destes documentos estão impressos os nomes e as logos da Universidade Federal de Goiás, da Faculdade de Ciências Sociais e do programa de pós-graduação da faculdade. São apresentados os contatos da pesquisadora responsável para sanar possíveis dúvidas das participantes da pesquisa e do Comitê de Ética CEP/UFG para complementar ou dirimir qualquer dúvida ou irregularidades sob o aspecto ético. São descritos o objetivo geral da pesquisa, os riscos da participação, conforme descrito no item anterior. Esclarece também que em caso complicações ou danos à saúde relacionado à pesquisa, compete à pesquisadora responsável garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada por meio de assistência psicológica profissional, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa. Informa que é facultado responder somente as perguntas que a entrevistada se sinta confortável, bem como interromper ou desistir da entrevista, assim como retirar o consentimento a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza. Como benefícios da pesquisa, foi informado que, caso haja interesse, a participante pode solicitar e receber os informes sobre o andamento da pesquisa e dos resultados encontrados.

Constam também dos documentos as garantias de ressarcimento e de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Foi explicitada a garantia de manutenção do sigilo que assegure a privacidade e anonimato das participantes.

- O tempo previsto para responder ao questionário é de 30 a 40 (vinte) minutos.

- O material ficará em posse da pesquisadora por 5 anos, que o armazenará em dispositivo eletrônico, sem qualquer disponibilidade dos dados em nuvens.

5) Termo de compromisso devidamente assinado pela orientadora e mestranda.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do atendimento das pendências anteriormente emitidas, somos favoráveis à aprovação do presente protocolo de pesquisa, por não haver óbices éticos, smj deste Comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO. A pesquisa foi considerada em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG os relatórios parciais e o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12 e Resolução CNS n. 510/16. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, previsto para maio de 2024.

Endereço: Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2,sala 110, piso 1
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-2045 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 6.628.543

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2164977.pdf	27/12/2023 17:07:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLHumanidades.pdf	27/12/2023 17:06:25	RAFAELA DEL CASTANHEL MIRANDA	Aceito
Outros	Carta2.docx	27/12/2023 17:04:34	RAFAELA DEL CASTANHEL MIRANDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	27/12/2023 17:03:31	RAFAELA DEL CASTANHEL MIRANDA	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	27/12/2023 17:02:54	RAFAELA DEL CASTANHEL MIRANDA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/12/2023 16:59:52	RAFAELA DEL CASTANHEL MIRANDA	Aceito
Outros	Carta.docx	06/09/2023 09:03:34	RAFAELA DEL CASTANHEL MIRANDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Humanidades_agosto_de_2021.pdf	06/09/2023 09:02:41	RAFAELA DEL CASTANHEL MIRANDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal.pdf	01/09/2023 17:49:07	RAFAELA DEL CASTANHEL MIRANDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso.pdf	21/06/2023 15:33:43	RAFAELA DEL CASTANHEL MIRANDA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto1.pdf	21/06/2023 14:10:49	RAFAELA DEL CASTANHEL MIRANDA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	21/06/2023 13:36:47	RAFAELA DEL CASTANHEL MIRANDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2,sala 110, piso 1
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-2045 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br



Continuação do Parecer: 6.628.543

GOIANIA, 30 de Janeiro de 2024

Assinado por:
Rosana de Moraes Borges Marques
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2,sala 110, piso 1
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-2045 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br